

แบบประเมินผลงาน

ของ

นางสาวสุพรรณ เพยแผ่

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๓๑๕๑

งานการพยาบาลผู้ป่วยในสูติ-นรีเวชกรรม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ ๓๐๕๑

งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

อุบัติการณ์โรคอ้วน (Obesity) มีภาวณ้ำหนักมากกว่ามาตรฐานค่าดัชนีมวลกาย Body mass index (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30 Kg/m²ในประเทศไทยภาพรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น มีผู้ป่วยด้วยโรคอ้วนกว่า 20 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปนำ ขณะหลับ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างและ มากกว่ามาตรฐานค่าดัชนีมวลกาย หลังผ่าตัด การดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น การส่งต่ออาการ ผู้ป่วยที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดในหอ มีผู้ป่วยด้วยโรค ผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม การติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดรวมถึง อ้วนกว่า 20 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด ผลการ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อลด สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีภาวะอ้วน ร้อยละ 42.2 และอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.4 นำมาซึ่งความเสี่ยงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- communicable Diseases : NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง มะเร็ง รวมถึงโรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะ โรคข้อเสื่อม ความพร่องทางภาวะจิตใจและสังคม การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้อง ขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิทัศน์ จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกหนึ่งในการแก้ไข ภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมา ผลการศึกษา มีผู้ป่วยโรคอ้วนที่ต้องมา ผ่าตัดและให้บริการทางวิสัญญี ทั้งหมด 36 ราย ในผู้ป่วยทั้งหมด 6 รายที่นอนในหอผู้ป่วยพิเศษ ประกันสังคม และเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 เริ่มมีการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารด้วยกล้องวิทัศน์ เป็นเคสแรกของโรงพยาบาลเลิดสิน จนถึงปัจจุบันมีทั้งหมด 36 ราย

หลักการของการรักษาโรคอ้วน(Obesity)มีจุดประสงค์ เพื่อลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วย รักษา โรคร่วม(Obesity-related co-morbidities)และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งมีเป้าหมายหลักเพื่อการรักษาโรคไม่ใช้เพื่อความสวยงามแต่อย่างใด การรักษาโรคอ้วนนั้นประกอบไปด้วย การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยาร่วมถึงการผ่าตัดโดยอาศัยการร่วมดูแลกันเป็นทีมสหสาขา (Multidisciplinary team approach)

ผู้จัดทำได้ตระหนักเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าการจัดทำกรณีศึกษา ผู้ป่วยเฉพาะราย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนทำการผ่าตัด Sleeve gastrectomy และมี ภาวณ้ำในเยื่อหุ้มปอด(Pleural effusion) เพื่อประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจและสามารถนำไปใช้แก้ปัญหา ในการพยาบาลให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้ง เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าของนักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์ และผู้สนใจอื่นๆ

นางสาวสุวรรณ เพยแผ่

31 มกราคม 2567

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

เรื่อง
คำนำ
สารบัญ
สารบัญภาพ
สารบัญตาราง
บทที่

สารบัญ

หน้า

ก
ข
ง
จ

1 บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

1

วัตถุประสงค์

2

ขั้นตอนการดำเนินงาน

2

ระยะเวลาในการดำเนินการ

3

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

3

2 โรค การรักษา และการพยาบาล

กายวิภาคและสรีรวิทยากระเพาะอาหาร

4

โรคอ้วน

7

หลักการของการรักษาโรคอ้วน

7

ชนิดของการผ่าตัดโรคอ้วน

10

การเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด

13

การนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

15

แนวทางการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

18

การดูแลการผ่าตัดรักษาโรคอ้วน

18

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังการผ่าตัดรักษาโรคอ้วน

38

ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

39

ความดันโลหิตสูง

42

ภาวะไขมันในเลือดสูง

47

โรคเบาหวาน

51

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา

56

เกาต์

58

3 ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

62

กระบวนการพยาบาล

66

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ

68

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

เรื่อง
บทที่

หน้า

4 กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป 72

ประวัติการเจ็บป่วย 72

แบบแผนและพฤติกรรมสุขภาพ 73

การตรวจร่างกายตามระบบ 75

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา 78

การเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา 87

การเยี่ยมผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในความดูแล 104

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 109

5 สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา 125

สรุปปัญหาระหว่างนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 127

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ 128

บรรณานุกรม 129

ภาคผนวก ก 132

ภาคผนวก ข 139

ภาคผนวก ค 153

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 ภาพแสดงกายวิภาคของกระเพาะอาหาร	4
2 ภาพแสดงจุลกายวิภาคของกระเพาะอาหาร	5
3 ภาพแสดงโรคร่วม(CO MORBID DISEASES)	7
4 ภาพชนิดการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร	11
5 ภาพชนิดของการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมกับการลัดทางเดินอาหาร	11
6 ภาพแสดงอัตราการหายของโรคร่วมภายหลังการผ่าตัด	12
7 ภาพแสดงกายหลังการผ่าตัดกระชับหน้าท้อง	35
8 ภาพแสดงกายหลังการผ่าตัดกระชับหลังและสะโพก	36
9 ภาพแสดงกายหลังการผ่าตัดกระชับต้นขา	36
10 ภาพแสดงกายหลังการผ่าตัดกระชับต้นแขน	37
11 ภาพแสดงกายหลังการผ่าตัดกระชับเต้านม	37
12 ภาพภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด	41
13 ภาพแสดงChest X ray	86

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ตารางโรคร่วมที่สำคัญ	8
2 ตารางความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	9
3 ตารางการตรวจตามนัดภายหลังการผ่าตัด	21
4 ตารางการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่	42
5 ตารางเกณฑ์ระดับไขมันผิดปกติในเลือด	47
6 ตารางระดับไขมันในเลือดตามระดับความเสี่ยง	49
7 ตาราง Wells Clinical Score for DVT	57
8 ตารางผลการตรวจนับเม็ดเลือด (วันที่ 9 พ.ย. 2567)	78
9 ตารางผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (วันที่ 9 พ.ย. 2567)	78
10 ตารางผลการตรวจชีวเคมี (วันที่ 9 พ.ย. 2567)	79
11 ตารางผลการตรวจนับเม็ดเลือด (วันที่ 16 พ.ย. 2567)	80
12 ตารางผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (วันที่ 16 พ.ย. 2567)	80
13 ตารางผลการตรวจชีวเคมี (วันที่ 16 พ.ย. 2567)	81
14 ตารางผลการตรวจชีวเคมี (วันที่ 17 พ.ย. 2567)	82
15 ตารางผลการตรวจนับเม็ดเลือด (วันที่ 18 พ.ย. 2567)	82
16 ตารางผลการตรวจนับเม็ดเลือด (วันที่ 19 พ.ย. 2567)	83
17 ตารางผลการตรวจชีวเคมี (วันที่ 20 พ.ย. 2567)	83
18 ตารางผลการตรวจนับเม็ดเลือด (วันที่ 20 พ.ย. 2567)	84
19 ตารางผลการตรวจนับเม็ดเลือด (วันที่ 21 พ.ย. 2567)	84
20 ตารางผลการตรวจนับเม็ดเลือด (วันที่ 22 พ.ย. 2567)	85
21 ตารางเปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา	87

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน และคุณภาพชีวิตลดลง จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2559 พบว่า สาเหตุอันดับหนึ่งของการตายของโรคอ้วนในประชากรทั้งโลกที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ร้อยละ 39 จากภาวะน้ำหนักเกิน โดยจากการรายงานการสำรวจสุขภาพของประชากรไทย พบว่า ผู้หญิงร้อยละ 41.8 และผู้ชายร้อยละ 32.9 มีภาวะน้ำหนักเกินของผู้ชายในกทม.มากที่สุด ส่วนของผู้หญิงพบในภาคกลางมากที่สุด ส่งผลให้ประเทศไทยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสินเล็งเห็นถึงความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน และในปี พ.ศ. 2565 เริ่มรับผู้ป่วยโรคอ้วนเข้ามารับการรักษา โดยวิธีการทำการผ่าตัดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy) ซึ่งพบทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุเฉลี่ย 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 40 กก/ม² และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หายใจขณะนอนหลับ และดื้อต่อภาวะอินซูลิน ส่งผลให้เพิ่มอุบัติการณ์การเจ็บป่วย และอัตราการตายก่อนวัยอันควร ดังนั้นปัจจุบันการรักษาการผ่าตัดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy) ในผู้ป่วยโรคอ้วน เพื่อให้น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง แต่ในการผ่าตัด Sleeve gastrectomy จะมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ อาทิ การติดเชื้อ รอยเย็บฉีกขาด กระเพาะอาหารอุดตัน ภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด เป็นต้นซึ่งในการรักษาการผ่าตัดควรจะใช้ระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 7 วัน แต่หากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวไปข้างต้นนั้นจะทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกทั้งทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิมที่กำหนดไว้

จากที่กล่าวมาผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญถึงผู้ป่วยและโรงพยาบาล ในทางผู้ป่วยเพื่อจะป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy) และทางโรงพยาบาลจะได้ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายการรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและนำไปสู่แนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกิดภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) หรือลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นนี้ลงได้ ในผู้ป่วยกรณีศึกษา รายนี้ ได้มีการประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคือภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรักษาที่โรงพยาบาลใช้เวลานานเกินกำหนดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตลอดไป

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนทำผ่าตัด Sleeve gastrectomy และมีภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนทำผ่าตัด Sleeve gastrectomy และมีภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion)
3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการมีภาวะอ้วนทำผ่าตัด Sleeve gastrectomy และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. คัดเลือกเรื่องที่ปฏิบัติจริง และเป็นโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล
๒. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และปัจจุบัน ประวัติบุคคลในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา และสารเคมี แบบแผนในการดำเนินชีวิต การตรวจร่างกาย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
๓. ศึกษาตำราเกี่ยวกับพยาธิสภาพอาการและอาการแสดง สาเหตุของโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รังสีรักษา แผนการรักษาของแพทย์ และกิจกรรมการพยาบาล
๔. ศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคเปรียบเทียบกับผู้ป่วยตลอดจนภาวะแทรกซ้อนของการรักษาพยาบาล และปรึกษา ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อใช้เป็นข้อมูล
๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ นำไปวางแผนให้การรักษา ตามหลักกระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน
๖. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผล
๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ
๘. เรียบเรียงและเขียน ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้มีประสบการณ์เผยแพร่ผลงานทั้งใน และนอกหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะเวลาในการดำเนินการ

ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2566 – ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy) ได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดรวมทั้งสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง
2. พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม ชั้น 19 สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy) ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

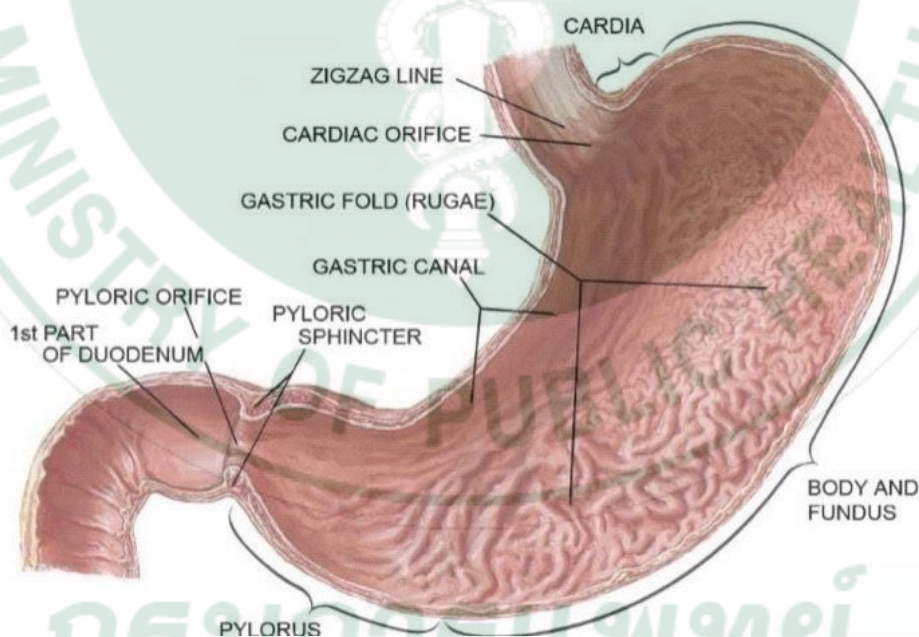
ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ ๒

กายวิภาคและสรีรวิทยากระเพาะอาหาร

กระเพาะอาหาร (Stomach)

เป็นส่วนของทางเดินอาหารที่ต่อมาจากหลอดอาหาร ลักษณะเป็นถุงส่วนต้นต่อมาจากหลอดอาหาร ส่วนปลายต่อกับลำไส้เล็กส่วนต้น (Duodenum) มีขนาดยาวประมาณ ๑๘ ซม. ตำแหน่งของกระเพาะอาหารอยู่ในช่องท้องส่วนบนซ้ายใต้กระบังลม อยู่ระหว่างหลอดอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น ด้านหลังของกระเพาะอาหาร คือ ตับอ่อน ผิวด้านในของกระเพาะอาหารมีลักษณะเป็นรอยย่น (Rugae) และมีเมือกคลุมบางๆ เพื่อป้องกันน้ำย่อยที่เป็นกรดไม่ให้ทำอันตรายต่อเยื่อบุกระเพาะอาหารเอง กระเพาะอาหารมีกล้ามเนื้อหูรูด (Sphincter) สองแห่ง แห่งแรกอยู่ตรงรอยต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (Esophageal sphincter) แห่งที่สองอยู่ที่กระเพาะอาหารส่วนปลาย ตรงรอยต่อกับลำไส้เล็กส่วนต้น (Pyloric sphincter) กล้ามเนื้อหูรูดทั้งสองแห่งนี้ทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้อาหารในกระเพาะอาหารออกไปนอกกระเพาะอาหารในขณะที่มีการย่อยอาหาร



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกายวิภาคกระเพาะอาหาร

หมายเหตุ. จาก : กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาสำหรับปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์

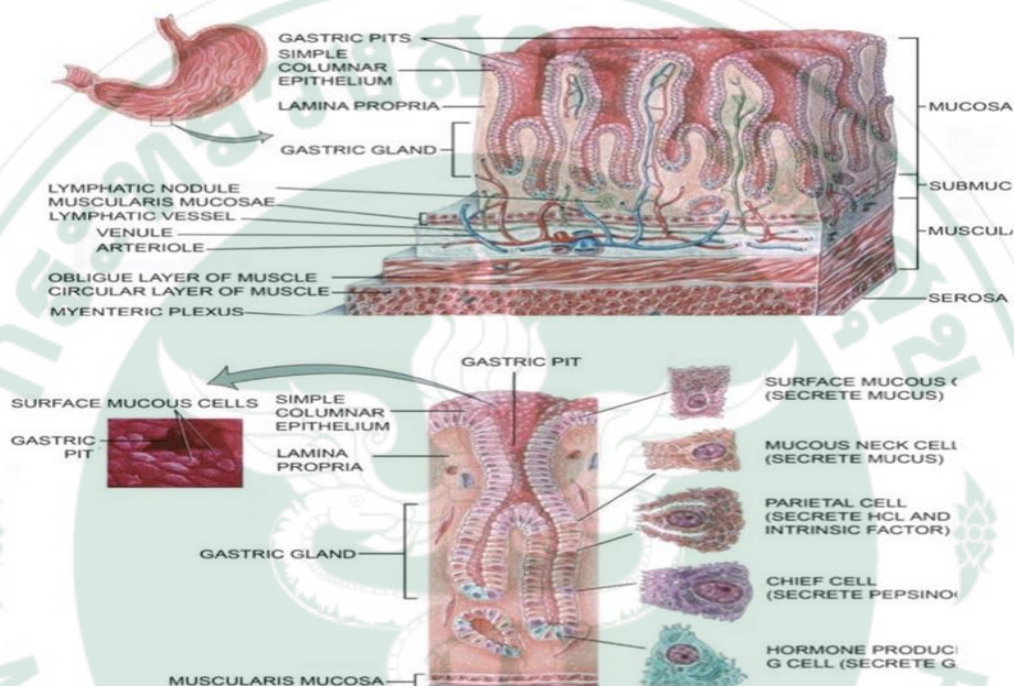
กระเพาะอาหารแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

คาร์เดีย (Cardia) เป็นส่วนต่อมาจากหลอดอาหาร

ฟันดัส (Fundus) เป็นส่วนโค้งด้านบนสุดของกระเพาะอาหาร

บอดี้ (Body) เป็นส่วนกลางของกระเพาะอาหาร

ไพโลรัส (Pylorus) เป็นส่วนปลายของกระเพาะอาหารก่อนเข้าลำไส้เล็กส่วนต้น



ภาพที่ 2 จุลกายวิภาคของกระเพาะอาหาร

หมายเหตุ. จาก : กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาสำหรับปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์

ก. ผนังของกระเพาะอาหารแบ่งออกเป็น 4 ชั้น ซึ่งจากด้านในไล่ออกมาด้านนอก ได้แก่ มิวโคซา (Mucosa) ได้แก่ ชั้นเยื่อบุติดกับรูกระเพาะอาหารมีเซลล์ซ้อนกันหลายชั้น ซับมิวโคซา (Submucosa) เป็นชั้นลึกลงมาจากชั้นมิวโคซา เป็นชั้นที่มีหลอดเลือด ท่อน้ำเหลือง และ เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

ชั้นกล้ามเนื้อเรียบ (Muscular layer) ทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหวบีบอาหารให้ผ่านกระเพาะออกไป โดยประกอบด้วยกล้ามเนื้อเรียบ 3 ชั้น เซโรซา (Serosa) เป็นชั้นนอกสุด ลักษณะเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันบางๆและมีเซลล์ชั้นเดียว ภายนอกเรียกว่า เมโซทีเลียลเซลล์ (Mesothelial cells)

ข. เซลล์ของกระเพาะอาหารมีหลายชนิด ได้แก่

มิวคัสเนคเซลล์ (Mucous neck cell) ทำหน้าที่สร้างเมือกคลุมผิวด้านในของกระเพาะอาหาร

พาริเททอลเซลล์ (Parietal cells) ทำหน้าที่สร้าง กรด น้ำย่อยและสารที่เรียกว่า อินทรินสิคแฟกเตอร์ (Intrinsic factor, สารช่วยการดูดซึมวิตามิน บี-12)

ชีฟเซลล์ (Chief cells) ทำหน้าที่สร้างเปปซินोजิน (Pepsinogen, เอนไซม์ย่อยโปรตีน) เอนเตอร์โอเอนโดครายน์เซลล์ (Enter endocrine cell) ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนชนิดต่างๆ เช่น แกสตริน (Gastrin) ฮิสตามีน (Histamine) เซโรโทนิน (Serotonin) โคลิสซิสโตไคนิน (Cholecystokinin) โซมาโตสแตติน (Somatostatin) เป็นต้น

ค. หน้าที (สรีรวิทยา) ของกระเพาะอาหาร คือ

1. ย่อยอาหาร โดยสร้างน้ำย่อย ได้แก่ กรดไฮโดรคลอริก (HCL) เปปซินोजิน ย่อยอาหารพวกโปรตีน เซลล์ที่สร้างได้แก่ พาราเอทอลเซลล์ สร้างกรด และซีฟเซลล์สร้างเปปซินोजิน ดังได้กล่าวแล้วในตอนต้น

2. สร้างเมือกคลุมผิวด้านในของกระเพาะอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกรดย่อยเนื้อเยื่อของกระเพาะอาหารเอง เซลล์ที่สร้างเมือกคือ มิวคัสเซลล์

3. หน้าทีสร้างฮอร์โมนของทางเดินอาหาร เช่นแกสตริน สร้างจากจีเซลล์ซึ่งเป็นเอนเตอร์เอนโดครายน์เซลล์ชนิดหนึ่ง ที่ทำหน้าที่กระตุ้นให้มีการหลั่งกรดน้ำย่อย และเปปซินोजิน โคลิสซิสไคนิน ทำหน้าที่ให้เกิดการบีบตัวของถุงน้ำดี เพื่อให้น้ำดีออกมาช่วยย่อยอาหารพวกไขมัน หลังจากอาหารผ่านกระเพาะอาหารไปแล้ว

4. หน้าทีดูดซึมอาหาร ถึงแม้ว่าอาหารส่วนใหญ่จะถูกดูดซึมที่ลำไส้เล็ก แต่กระเพาะอาหารก็สามารถดูดซึมอาหารบางชนิดได้ เช่น น้ำ แอลกอฮอล์ เป็นต้น

5. หน้าทีส่งผ่านอาหารไปยังลำไส้เล็กโดยการเคลื่อนไหวบีบตัว ที่เรียกว่า เพริสโตลซิส (Peristalsis)

สถานการณ์ "โรคอ้วน" ในปัจจุบัน

ปัจจุบัน การเจ็บป่วยและเสียชีวิต (ก่อนวัยอันควร) ของคนไทยมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases; NCDs) และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นผลจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น การศึกษาภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552 พบว่า “โรคอ้วน” เป็นปัจจัยเสี่ยงและภัยเงียบสำคัญ อันดับ 1 และอันดับ 6 ของการสูญเสียสุขภาพภาวะในหญิงไทยและชายไทย ผู้ป่วยโรคอ้วนในประเทศไทย มีจำนวนมากขึ้น และกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขอยู่ในขณะนี้

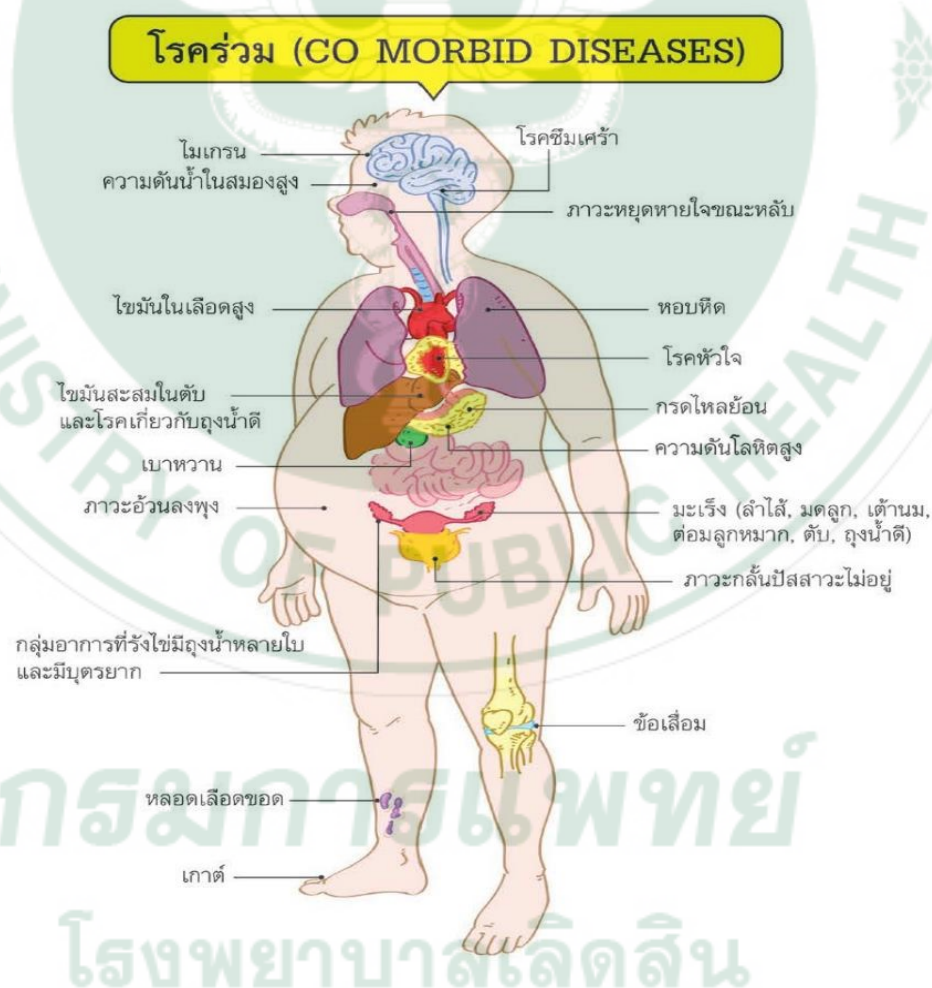
สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานผลการสำรวจ

ในปี พ.ศ. 2550 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทั้งหมด 55 ล้านคน และมีปัญหาโรคอ้วน น้ำหนักเกินมาตรฐาน ประมาณ 10 ล้านคน ซึ่งติดอันดับ 5 ใน 14 ประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก

ในปี พ.ศ. 2552 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มากกว่า 1 ใน 3 มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย หรือ Body mass index; BMI ตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป) ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า และพบผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI ตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป) มากถึง 1 ใน 10 คน โดยเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับผลการสำรวจรอบแรก ในปี พ.ศ. 2534

โรคอ้วน

จากหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันตรงกันว่า ความอ้วนมีผลเสีย และเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องให้การรักษาต่อเนื่อง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและยังส่งผลให้อายุขัยลดลง โดยพบว่าถ้ามีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 40 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป (BMI > 40 kg/m²) จะทำให้อายุขัยลดลงหรือเสียชีวิตเร็วขึ้น 8-10 ปี เมื่อเทียบกับคนที่มีน้ำหนักปกติ



ภาพที่ 3 โรคร่วม(CO MORBID DISEASES)

หมายเหตุ. จาก : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

โรคร่วมที่สำคัญ (Significant Comorbidities)

Obesity-related co-morbidities	
Cardiovascular Coronary artery disease, Congestive heart failure, Hypertension, Left ventricular hypertrophy, Stroke, Venous stasis ulcers/thrombophlebitis, Hyperlipidemia	Neurologic/Psychiatric Migraines or headaches directly related to obesity or cranial hypertension, Pseudotumor cerebri, Depression, Anxiety, Psychosocial stress resulting from obesity
Endocrine Insulin resistance, Type 2 diabetes, Polycystic ovarian syndrome	Genitourinary Stress urinary incontinence, Urinary tract infections
Pulmonary Obstructive sleep apnea, Asthma, Obesity hypoventilation syndrome, Pulmonary hypertension	Musculoskeletal Degenerative joint disease, Arthritis, Gout, Inability to Carry Out Daily Activities, Plantar fasciitis, Carpal tunnel syndrome
Hematopoietic Deep venous thrombosis, Pulmonary embolism	Obstetric/Gynecologic Infertility, Miscarriage, Gestational diabetes, Fetal abnormalities and infant mortality
Gastrointestinal/Hepatobiliary Gastroesophageal reflux disease, Non-alcoholic fatty liver disease, Non-alcoholic steatohepatitis, Gallstones/Gall bladder disease	Soft tissue/Skin/Abdominal wall Chronic/Recurrent soft tissue/skin infection, Lower extremity lymphatic obstruction, Abdominal hernia

ตารางที่ 1 โรคร่วมที่สำคัญ

ที่มา :โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

หลักการของการรักษาโรคอ้วน (obesity)

มีจุดประสงค์ เพื่อลดน้ำหนักตัวของผู้ป่วย รักษาโรคร่วม (obesity-related co-morbidities) และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งมีเป้าหมายหลักเพื่อการรักษาโรค ไม่ใช่เพื่อความสวยงามแต่อย่างใด การรักษาโรคอ้วนนั้นประกอบไปด้วย การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การไชยา ร่วมถึงการผ่าตัด โดยต้องอาศัยการร่วมดูแลกันเป็นทีมสหสาขา (multidisciplinary team approach)

เกณฑ์ในการผ่าตัด

สถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health; NIH) ได้กำหนดข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษาโรคอ้วนขึ้น โดยการผ่าตัดเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) > 40 kg/m² หรือ ผู้ป่วยที่ BMI 35 - 40 kg/m² และมีโรคร่วมที่สำคัญอย่างน้อย 1 อย่าง ในปัจจุบันคนไทยมีความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง และความเสี่ยงของการเสียชีวิตสูงในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า เมื่อเทียบกับคนยุโรปและอเมริกา จึงมีการเริ่มให้การรักษาที่เกณฑ์ดัชนีมวลกายต่ำกว่า โดยข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดของคนเอเชีย มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 37.5 kg/m² ขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 32.5 kg/m² ขึ้นไป ร่วมกับมีโรคร่วมที่เกิดจากภาวะ

อ้วน

3. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 27.5 kg/m² ขึ้นไป ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) ที่ให้การรักษาด้วยยาทั้งยารับประทานและยาฉีด (Insulin) แล้ว ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (Poor glycemic control) หรือ โรคกลุ่ม Metabolic syndrome ที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด

4. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีคุมอาหาร ออกกำลังกาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต อย่างน้อย 3-6 เดือนแล้ว ยังไม่ได้ผล

5. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ และให้ความร่วมมือในการรักษาได้

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Risks & Complications)

การผ่าตัดรักษาโรคอ้วนนั้นมีความเสี่ยงต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดชนิดอื่นๆ เช่น การผ่าตัดโรคหัวใจ หรือการผ่าตัดโรคมะเร็ง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่า โดยอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน หลังผ่าตัดโรคอ้วนนั้น (mortality < 30 days) มีเพียงร้อยละ 0.08 และอัตราการเสียชีวิตที่มากกว่า 30 วันหลังผ่าตัด (mortality > 30 days) มีร้อยละ 0.3 ซึ่งถือว่าต่ำมากกว่า (1) ซึ่งความเสี่ยงเทียบได้กับการผ่าตัดในถุงน้ำดีด้วยซ้ำ

สาเหตุ	โอกาสเสียชีวิต		ช่วงเวลาของความเสี่ยง
การผ่าตัดหัวใจ ⁽³⁾	1 คน ในทุกๆ	33 คน (3.0%)	ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด
อุบัติเหตุบนท้องถนน ⁽⁴⁾	1 คน ในทุกๆ	112 คน (0.9%)	ตลอดช่วงอายุขัย
ตกจากที่สูง ⁽⁴⁾	1 คน ในทุกๆ	144 คน (0.7%)	ตลอดช่วงอายุขัย
การผ่าตัดโรคอ้วน ⁽¹⁾	1 คน ในทุกๆ	333 คน (0.3%)	มากกว่า 30 วันหลังผ่าตัด
	1 คน ในทุกๆ	1,250 คน (0.08%)	ภายใน 30 วันหลังผ่าตัด
การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ⁽²⁾	1 คน ในทุกๆ	370 คน (0.27%)	ช่วงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

ที่มา : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ภาวะแทรกซ้อนโดยรวมเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ 17 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงมาก เช่น ภาวะคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (30-day Readmission) น้อยกว่าร้อยละ 6.5 และโอกาสเกิดการรื้อของรอยตัดต่อ น้อยกว่าร้อยละ 1 เท่านั้นจะเห็นได้ว่าจริง ๆ แล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหรือที่รุนแรงมีโอกาสเกิดขึ้นน้อยมาก อย่างไรก็ตามทุกๆ การรักษาด้วยการผ่าตัดย่อมมีความเสี่ยง และไม่ได้ปลอดภัย 100%

ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

1. การรั่วของรอยตัดต่อ
2. การตีบตันของรอยตัดต่อ
3. ภาวะเลือดออกบริเวณรอยตัดต่อ และบริเวณแผลผ่าตัด
4. การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อในปอด แผลผ่าตัดติดเชื้อหรือการติดเชื้อในช่องท้อง
5. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา หรือที่ปอด
6. ปัญหาเกี่ยวกับระบบการหายใจ
7. ไส้เลื่อนจากแผลผ่าตัด (incisional hernia) หรือไส้เลื่อนภายในช่องท้อง (internal hernia)
8. แผลที่รอยต่อกระเพาะอาหาร (marginal ulcer)
9. ภาวะขาดสารอาหารและวิตามิน
10. ภัยอันตรายต่อม้ามระหว่างการผ่าตัด จนต้องตัดม้ามออก
11. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (post bypass hypoglycemia)

ชนิดของการผ่าตัดโรคอ้วน (Type of Bariatric Surgery Procedures)

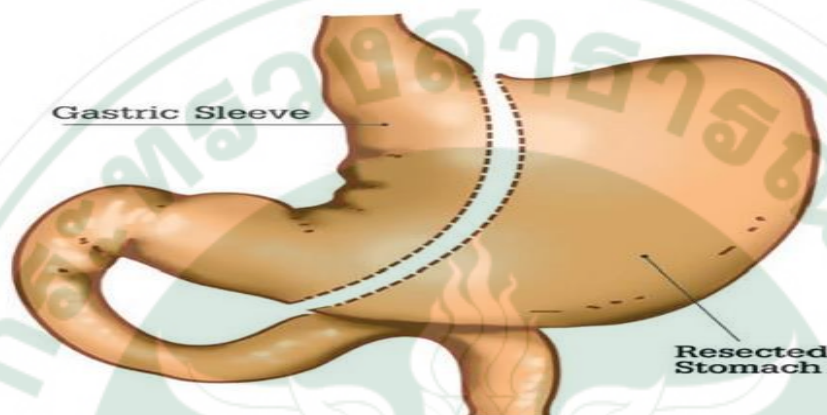
ปัจจุบันการผ่าตัดโรคอ้วนจะทำได้โดยการผ่าตัดส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) ทั้งหมด โดยจะมีเพียงรูแผลเล็กๆ ที่หน้าท้องประมาณ 1-6 รู ขึ้นกับเทคนิคการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วกว่า และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า ชนิดการผ่าตัดมีอยู่หลายแบบด้วยกัน แต่ที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับและมีทำในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้แก่

1. การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy)

ศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดกระเพาะส่วนใหญ่ให้เหลือกระเพาะประมาณ 20% หรือเหลือความจุประมาณ 100 - 200 มิลลิลิตร โดยเหลือไว้เป็นลักษณะคล้ายท่อแป๊บ หรือรูปกล้วย อาหารจะผ่านลงมาสู่กระเพาะอาหารที่เหลือและผ่านไปยังลำไส้เล็กได้ตามปกติ เพียงแต่มีความจุลดลงเท่านั้น ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้เพียงไม่กี่คำ ก็ารู้สึกแน่น และอิ่มเร็วขึ้น การผ่าตัดชนิดนี้มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างต่ำกว่า การผ่าตัดแบบบายพาส แต่ประสิทธิภาพในการลดน้ำหนักค่อนข้างดี ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ดีเท่าการผ่าตัดแบบบายพาสก็ตาม

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

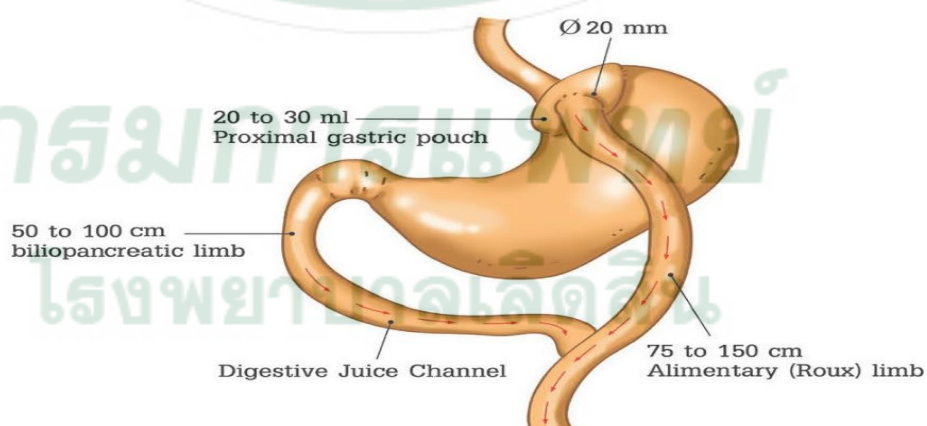


ภาพที่ 4 ภาพชนิดการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร

หมายเหตุ. จาก : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2. การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมกับการลัดทางเดินอาหาร หรือ การผ่าตัดบายพาส (Gastric Bypass)

ศัลยแพทย์จะทำการตัดกระเพาะอาหารส่วนต้นที่ต่อลงมาจากหลอดอาหาร ให้เหลือเป็นกระเปาะขนาดเท่าลูกปิงปอง หรือลูกกอล์ฟ ซึ่งมีความจุประมาณ 20-30 มิลลิลิตร หลังจากนั้นก็ตัดเอาลำไส้เล็กส่วนกลาง มาต่อเข้ากับกระเปาะกระเพาะอาหารที่ตัดไว้ และนำปลายลำไส้เล็กส่วนต้น มาต่อเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง อาหารจะผ่านลงมาสู่กระเปาะกระเพาะอาหารซึ่งมีขนาดเล็ก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิ่มเร็วขึ้น หลังจากนั้นอาหารจะเคลื่อนผ่านไปยังลำไส้เล็กที่นำมาต่อไว้ อาหารจะยังไม่สัมผัสกับน้ำย่อยที่สร้างมาจากกระเพาะอาหารส่วนที่เหลือ และที่สร้างมาจากตับและตับอ่อน จนกว่าจะผ่านมาถึงบริเวณที่ลำไส้เล็กมาต่อกัน ซึ่งช่วงที่อาหารยังไม่ถูกย่อยโดยน้ำย่อย ลำไส้ก็จะไม่สามารถดูดซึมสารอาหารได้ นั่นคือกลไกลดการดูดซึมสารอาหาร



ภาพที่ 5 ภาพชนิดการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมกับการลัดทางเดินอาหาร

หมายเหตุ. จาก : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การผ่าตัดโรคอ้วนจะช่วยรักษาอะไร

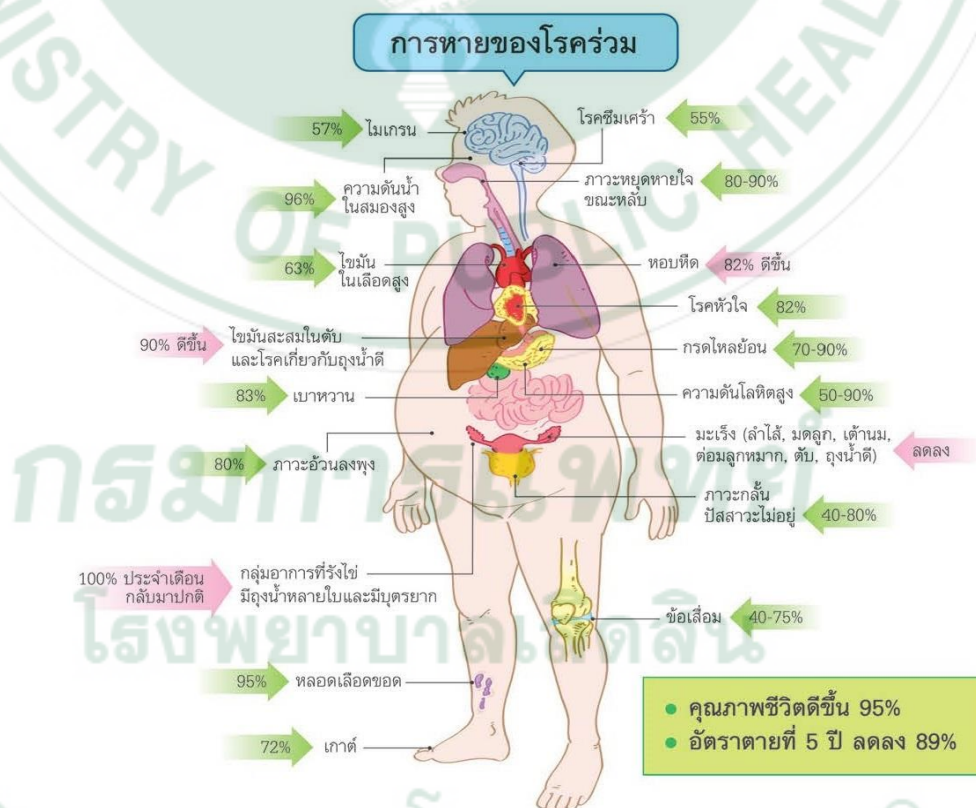
1. น้ำหนักตัวลดลง (Weight loss)

เป้าหมายหลักนั้นเพื่อที่จะลดน้ำหนักให้กลับมาสู่ระดับปกติ หรือ ที่ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² (BMI < 25 kg/m²) น้ำหนักจะลดลงมากน้อยเท่าไรนั้น ขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด (Type of bariatric surgery) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเป็นหลัก ส่วนใหญ่แล้วค่าน้ำหนักตัวที่ลดลงจะคิดเป็นร้อยละของน้ำหนักตัวที่ลดลง (Percentage of total weight lost; %TWL) หรือ คิดเป็นร้อยละที่ลดลงของน้ำหนักส่วนเกินจากน้ำหนักที่ควรจะเป็น (Percentage of excess weight lost; %EWL) โดยทั่วไป การผ่าตัดสามารถทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้ เฉลี่ยประมาณร้อยละ 15 - 35 (%TWL) หรือน้ำหนักส่วนเกินจากน้ำหนักที่ควรจะเป็นลดลง เฉลี่ยประมาณร้อยละ 40 - 75 (%EWL)

2. สุขภาพดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Physical & Mental Health Improvement)

ภายหลังการรักษาโดยการผ่าตัด นอกจากสามารถลดน้ำหนักตัวลงแล้ว ยังทำให้โรคร่วมที่เกิดจากความอ้วน ดีขึ้นหรือหายขาดได้อีกด้วย และที่สำคัญคือ อายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

อัตราการหายของโรคร่วมภายหลังการผ่าตัด



ภาพที่ 6 ภาพแสดงอัตราการหายของโรคร่วมภายหลังการผ่าตัด
 หมายเหตุ. จาก : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การเตรียมความพร้อมสำหรับวันผ่าตัด

ผู้ที่ลดน้ำหนักก่อนการผ่าตัดจะมีแนวโน้มในการลดน้ำหนักได้มากกว่าภายหลังการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดมีโอกาสดังขึ้นน้อยกว่าเหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งของการลดน้ำหนักก่อนการผ่าตัด คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ความเคยชินต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลง การลดน้ำหนักในระยะยาวให้ประสบความสำเร็จนั้น จะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ถ้ากลับไปดำเนินชีวิตแบบเดิมภายหลังการผ่าตัด น้ำหนักก็จะกลับมาเหมือนเดิม และปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความอ้วนก็จะกลับมาเช่นกัน ดังนั้นผู้ป่วยที่จะต้องผ่าตัดรักษาโรคอ้วนก็จะไม่ได้รับการผ่าตัดหากไม่มีการเตรียมความพร้อมที่จำเป็น หากมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดที่ดี ก็จะประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวเป้าหมายในการลดปัญหาสุขภาพของก็จะสำเร็จตามไปด้วย

การเตรียมความพร้อมในช่วง 3-6 เดือนก่อนการผ่าตัด

ขั้นตอนและแนวทางการรักษากับทีมสหสาขา

เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดรักษาโรคอ้วน รับการตรวจ และรับคำปรึกษาจากแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนกศัลยกรรมผ่าตัดโรคอ้วน แผนกอายุรกรรมโรคต่อมไร้ท่อ แผนกหูดอกจมูก แผนกจิตเวช เป็นต้น เพื่อยืนยันว่าเข้าเกณฑ์ในการผ่าตัดรักษา หรือมีข้อห้ามในการผ่าตัดหรือไม่ อีกทั้งยังช่วยตรวจหาโรคร่วม (obesity-related diseases) ที่ยังไม่ตรวจพบ และให้การรักษาในกรณีที่มีโรคร่วมอยู่แล้ว

ภายหลังจากการตรวจในแผนกที่เกี่ยวข้อง และการทำแบบทดสอบต่างๆ ครบแล้ว ทางทีมผ่าตัดจะทำการยืนยันกับคุณว่าพร้อมทุกขั้นตอนสำหรับการผ่าตัดแล้วหรือไม่ ยังมีปัญหาตรงส่วนใดที่จะช่วยกันแก้ปัญหาได้บ้าง และจะแนะนำว่าต้องทำขั้นตอนใดต่อไป

ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ์การรักษาพยาบาล ตัวเลือกการจ่ายค่ารักษา หรือโอกาสที่จะประหยัดค่าใช้จ่าย โดยรับคำแนะนำได้ที่หน่วยสิทธิประโยชน์ของโรงพยาบาล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนการดำเนินชีวิตก่อนผ่าตัด 3-6 เดือนก่อนผ่าตัด

ในการลดน้ำหนักในระยะยาว และการลดปัญหาสุขภาพภายหลังการผ่าตัดที่ยั่งยืนนั้น จะต้องเริ่มใช้ชีวิตเหมือนว่าได้ทำการผ่าตัดไปแล้วอย่างน้อย 3 เดือนก่อนการผ่าตัด

เริ่มจากการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ โดยไม่คำนึงเพียงแต่รสชาติและความสุขในการรับประทาน กระเพาะอาหารภายหลังการผ่าตัดจะมีขนาดเล็ก และทำให้รับประทานอาหารได้น้อย นั่นคือสิ่งที่ดีสำหรับการลดน้ำหนัก แต่ก็อาจจะให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และหากรับประทานอาหารแต่อาหารที่มีคุณค่าสารอาหารต่ำ ก็อาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ หากเราได้มีการฝึกฝนและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด จะทำให้ปฏิบัติได้ง่ายมากภายหลังการผ่าตัด

รับประทานโปรตีนให้มากขึ้น โปรตีนเป็นสิ่งสำคัญในการลดน้ำหนัก เพราะโปรตีนจะช่วยให้รู้สึกอิ่มเร็วและอิ่มนาน อีกทั้งยังช่วยรักษากล้ามเนื้อในขณะที่น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังการผ่าตัด

รับประทานช้าๆ และเคี้ยวอย่างละเอียด และแบ่งอาหารเป็นส่วนๆ ความรู้สึกอิ่มจะใช้เวลา 20-30 นาที ก่อนจะส่งไปถึงสมอง การรับประทานช้าๆ และเคี้ยวอย่างละเอียดจะช่วยให้รู้สึก

ร่างกายของไม่ควรรับประทานอาหารมากเกินไป การฝึกเช่นนี้ก่อนการผ่าตัดจะช่วยให้การลดน้ำหนักดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด

เริ่มรับประทานวิตามินรวม ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ร่างกายจะไม่สามารถดูดซึมสารอาหารต่างๆ ได้ดีดังเดิม ทำให้บริโภคอาหารได้เพียงเล็กน้อย และต้องการสารอาหารเพิ่มเติม ดังนั้นจึงควรฝึกการรับประทานวิตามินให้เป็นกิจวัตร และ ควรปรึกษาศัลยแพทย์ว่าวิตามินตัวใดที่ควรรับประทานเพิ่มเติมบ้าง

ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มพร้อมมื้ออาหาร ภายหลังการผ่าตัดจะต้องคอยอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ภายหลังมื้ออาหารก่อนที่จะดื่มเครื่องดื่ม ของเหลวจะสามารถชำระล้างอาหารผ่านกระเพาะเล็กๆ ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้รู้สึกหิวเร็ว และเป็นสาเหตุทำให้น้ำหนักเพิ่มกลับมาภายหลัง การผ่าตัดจะมีพื้นที่ในกระเพาะอาหารน้อยลงสำหรับ อาหารและเครื่องดื่ม ขั้นตอนนี้สำคัญมาก โดยเฉพาะในระยะแรก ภายหลังการผ่าตัดจะไม่ประสบปัญหาขาดน้ำหรือเป็นโรคขาดสารอาหาร หากรับประทานอาหารและเครื่องดื่มแยกออกจากกัน

เลิกดื่มน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล และรับประทานน้ำเปล่าให้มากขึ้น เริ่มดื่มน้ำวันละ 2 ลิตรหรือมากกว่า การดื่มน้ำเปล่าจะช่วยผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารจะช่วยให้รู้สึกอิ่มเร็ว และช่วยให้ไม่ขาดน้ำ วิธีการง่ายๆ คือ การมีน้ำขวดที่พกพาได้ง่าย ติดตัวไปทุกที่ และนำขึ้นมาดื่มหรือจิบเรื่อยๆ ไม่ต้องรอให้กระหายน้ำ

ระมัดระวังในการดื่มกาแฟ กาแฟเพียงเล็กน้อยจะทำให้คุณรู้สึกสบายแต่ถ้ามากเกินไปจะเป็นการทำลายสุขภาพ เพิ่มแคลอรีจากน้ำตาลและครีม การปรับเปลี่ยนที่สะดวก ได้แก่การใช้ชาที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนผสมกับน้ำผึ้งเป็นเล็กน้อยก็เป็นทางเลือกที่ดีอีกทางหนึ่ง

หยุดการดื่มแอลกอฮอล์ ในระหว่างที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารภายหลังการผ่าตัด แอลกอฮอล์จะส่งผลต่อร่างกายแตกต่างจากเดิม จะเกิดความเป็นพิษต่อร่างกายได้เร็วขึ้น ความอยากอาหารจะเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือด นำไปสู่น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามมา และส่งผลต่อปัญหาสุขภาพหลายอย่าง บางรายก็อาจจะเกิดปัญหาที่รุนแรง

ออกกำลังกายมากขึ้นกว่าเดิมวันละนิด เริ่มจากช้าๆ ทำในสิ่งที่รู้สึกมีความสุขเพียงแค่วิ่งเล่นในสวน ก็สามารถทนต่อการออกกำลังกายได้ 20-30 นาทีต่อวัน จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด การลดน้ำหนักก่อนการผ่าตัดจะช่วยให้ลดน้ำหนักได้ในระยะยาว

หยุดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันขณะผ่าตัด เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดแผลบริเวณรอยผ่าตัด ทำให้มีโอกาสเกิดเลือดออกเฉียบพลันจากแผลดังกล่าว และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

เริ่มเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน สิ่งสำคัญคือการฟังผู้ป่วยที่มีประสบการณ์จริง ที่จะไม่สามารถเข้าใจได้หากไม่ประสบเอง ผู้ป่วยคนอื่นจะสามารถอธิบายและช่วยให้เข้าใจการผ่าตัดได้ง่ายกว่าการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยให้ประสบความสำเร็จภายหลังการผ่าตัด

การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 2 สัปดาห์

หลังจากเสร็จสิ้นการทดสอบก่อนการผ่าตัดทั้งทางกายภาพและด้านอื่นๆ แล้วสิ่งที่สามารถทำได้ก่อนการผ่าตัด 2 สัปดาห์สุดท้าย คือ สามารถรับประทานอาหาร และเครื่องดื่มได้ตามปกติ ทั้งนี้ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน รวมถึงควรหยุดหรือเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) เช่น Ibuprofen, Naproxen หรือ Aspirin เป็นต้น ก่อนอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะเลือดออกภายหลังการผ่าตัด

แพทย์จะนัดวันและเวลาเพื่อเข้านอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ก่อนการผ่าตัดจะมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ปอด ตรวจเลือด และจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งจากศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ในวันก่อนการผ่าตัด โดยห้ามรับประทานอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด

สิ่งที่จะต้องเตรียมให้พร้อมก่อนวันผ่าตัด

1. ควรวางแผนการลาพักงานอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์หลังการผ่าตัดเพื่อให้ร่างกายสามารถปรับตัวกับกระเพาะอาหารใหม่ได้ดี
2. ควรวางแผน คนดูแลท่านอย่างใกล้ชิดในสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด
3. ควรมีการเตรียมซื้อของที่จะใช้ในการปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไว้ล่วงหน้า เพื่อที่กลับบ้านจะได้ทำได้เลย และเตรียมวิตามินที่ควรจะได้รับประทานหลังการผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน
4. ควรมีการเตรียมสถานที่การนอนพักผ่อนให้พร้อมเมื่อกลับบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด
5. ควรมีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์อำนวยความสะดวกขณะนอนพักในโรงพยาบาล เช่น เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (หากใช้อยู่เป็นประจำขณะอยู่บ้าน) ยาประจำตัว อุปกรณ์อาบน้ำ เช่น สบู่ ยาสระผม แปรงสีฟัน ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปากและแปรงผม เป็นต้น

การนอนกรน (Snoring) และภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (Obstructive sleep apnea; OSA)

เป็นปัญหาและโรคของการนอนหลับที่พบบ่อย ในคนอายุ 30-35 ปี พบว่าประมาณร้อยละ 20 ของเพศชาย และร้อยละ 5 ของเพศหญิงจะมีการนอนกรน

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดโดยเฉพาะในวัยกลางคน คือ โรคอ้วน ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากจะมีโอกาสเกิดโรคนี้น่าขึ้น พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นจะมีดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) มากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร นอกจากนี้ในกลุ่มประชากรโรคอ้วน ยังอาจมีพบมีโรคอ้วนหายใจต่ำ (obesity hypoventilation syndrome; OHS) ร่วมด้วย โดยพบว่าร้อยละ 31 ของผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีกลุ่มอาการอ้วนหายใจต่ำร่วมด้วย

เสียงกรนเกิดจาก

เสียงของการกรนเกิดจากการที่อากาศเคลื่อนผ่านทางเดินหายใจที่แคบลง ซึ่งมักเกิดจากการผ่อนคลายหรือหย่อนตัวของกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนบนขณะนอนหลับ เช่น กล้ามเนื้อบริเวณเพดานอ่อน ลิ้นไก่ ผังคอหอย หรือโคนลิ้น เป็นผลให้เกิดการสั่นสะเทือนและสับของเนื้อเยื่ออ่อนในบริเวณดังกล่าวเกิดเป็นเสียงกรนขึ้น นอกจากนั้นพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการกินยานอนหลับ หรือยาแก้แพ้ชนิดง่วง ก็จะช่วยเสริมทำให้กล้ามเนื้อมีการคลายตัวมากขึ้น และอาจมีการอุดกั้นทางเดินหายใจมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีเสียงกรนดังขึ้น สาเหตุของอาการนอนกรน นอกจากเกิดจากการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังพบว่าเกิดจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ต่อมทอนซิล และต่อมอะดีนอยด์ที่โต ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการนอนกรนที่สำคัญในเด็ก ผู้ป่วยที่อ้วนมากอาจมีเนื้อเยื่อผนังคอที่หนาทำให้ทางเดินหายใจแคบลง ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอก หรือซิสต์ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ก็ก่อให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจได้เช่นกัน การที่มีโพรงจมูกอุดตัน ซึ่งมีสาเหตุจากหลายกรณี เช่น อาการคัดจมูกจากโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ ความผิดปกติของผนังกันช่องจมูกเนื้องอกในจมูกและโพรงอากาศข้างจมูกริดสีดวงจมูก ไช้สออักเสบ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนอนกรนได้เช่นกัน ดังนั้นอาการนอนกรนจึงไม่ใช่เรื่องปกติ ในทางตรงกันข้ามเป็นตัวบ่งบอกกว่ามีการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจส่วนบน

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับเกิดจาก

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับเริ่มจากการตีบแคบของทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้ต้องหายใจเข้ามากขึ้นเพื่อเอาชนะทางเดินหายใจที่ตีบแคบ ความดันที่เป็นลบเพิ่มมากขึ้นระหว่างการหายใจเข้าจะทำให้ช่องคอตีบแคบลงกว่าเดิม ทำให้มีการขาดจังหวะในการหายใจได้บ่อยครั้งและแต่ละครั้งนานกว่าคนปกติ ถ้ามีการหยุดหายใจหลายครั้งในขณะนอนหลับจะส่งผลให้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดลดน้อยลง ซึ่งสมองก็จะได้รับออกซิเจนน้อยลงไปด้วย เมื่อสมองขาดออกซิเจนก็จะต้องคอยปลุกให้ผู้ป่วยตื่นเพื่อเริ่มหายใจใหม่ และเมื่อสมองได้รับออกซิเจนเพียงพอแล้ว ผู้ป่วยก็สามารถหลับลึกได้อีกครั้ง แต่ต่อมาการหายใจก็จะเริ่มติดขัดขึ้นอีก สมองก็ต้องปลุกตัวเองให้ตื่นขึ้นใหม่ วนเวียนเช่นนี้ตลอดคืน เป็นผลให้ผู้ป่วย นอนหลับได้ไม่เต็มที่

อาการและอาการแสดง

- นอนกรนเพียงอย่างเดียวไม่ได้ถือว่าเป็นโรค แต่เมื่อไรที่อาการนอนกรนทำให้เกิดปัญหาต่อคุณนอน สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน หรือมีผลต่อสังคมและคุณภาพชีวิตของคุณคนนั้นแล้ว ก็มีความจำเป็นที่ต้องมาปรึกษาแพทย์ และเมื่ออาการนอนกรนเกิดร่วมกับภาวะหยุดหายใจขณะหลับแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องจากแพทย์ เพราะการที่แพทย์สามารถตรวจหาสาเหตุของโรค และพิจารณาวางแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว จะช่วยลดอันตรายที่จะเกิดกับระบบต่างๆ ที่สำคัญของร่างกายได้ อาการที่บ่งบอกถึงการมีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ได้แก่

- นอนกรนเสียงดัง แม้กระทั่งปิดประตูยังได้ยิน หรือคุณนอนสังเกตเห็นว่า มีหยุดหายใจร่วมด้วย

- ตื่นนอนตอนเช้าด้วยความอ่อนล้าไม่สดชื่น หรือรู้สึกว่อนนอนหลับไม่เต็มอิ่มทั้งๆ ที่ได้นอนพักผ่อนอย่างเต็มที่แล้ว

- มีอาการง่วงนอนในเวลากลางวัน จนไม่สามารถจะทำงานต่อได้ หรือมีอาการเพลอหลับ ในขณะที่ทำงาน เข้าห้องเรียน เข้าฟังประชุม ขณะขับขีรถ หรือขณะอ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ โทรศัพท์
- นอนหลับไม่ราบรื่น ฝันร้ายหรือละเมอขณะหลับ นอนกระสับกระส่ายมาก
- มีอาการหายใจขัด หรือหายใจไม่สะดวกขณะนอนหลับ อาจมีอาการคล้ายสำลักน้ำลาย
- มีอาการสะดุ้งผวา หรือ หายใจแรงเหมือนขาดอากาศหลังจากหยุดหายใจ
- มีความดันโลหิตสูงซึ่งยังหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน
- ประสิทธิภาพในการทำงานหรือผลการเรียนแย่ง เพราะอาการง่วง ขาดสมาธิ ความจำแย่ง หงุดหงิด อารมณ์เสียง่าย
- สมรรถภาพทางเพศลดลง

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยแพทย์จำเป็นต้องอาศัย ประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจการนอนหลับ ร่วมกัน สำหรับการตรวจร่างกาย แพทย์จะประเมินลักษณะทั่วไปของคนไข้ ที่อาจมีภาวะส่งเสริมให้เกิดอาการนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับได้ เช่น คอสั้น อ้วน น้ำหนักมาก มีความผิดปกติในลักษณะโครงสร้างของใบหน้า การตรวจทั่วไป ได้แก่ การวัดความดันโลหิต วัดเส้นรอบวงคอ การตรวจการทำงานของหัวใจและปอด และการตรวจทางหู คอ จมูกอย่างละเอียด ซึ่งประกอบด้วยการตรวจในโพรงจมูก การตรวจหลังโพรงจมูก ช่องปาก คอหอย เพดานอ่อน ลิ้นไก่ ทอนซิล โคนลิ้นและกล่องเสียง การตรวจพิเศษเพิ่มเติม ได้แก่ การตรวจการนอนหลับ ซึ่งถือเป็นการตรวจที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการวินิจฉัย และบอกความรุนแรงของภาวะหยุดหายใจขณะหลับ นอกจากนั้นยังช่วยวินิจฉัยแยกภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการนอนกรนธรรมดา และสามารถบอกคุณภาพของการนอนหลับว่าหลับได้ดีหรือไม่ มีความผิดปกติเกิดขึ้นในขณะนอนหลับหรือไม่ การตรวจการนอนหลับ จะใช้เวลาตรวจช่วงกลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเวลาปกติของการนอนหลับในคนทั่วไป

การตรวจการนอนหลับ (sleep test หรือ polysomnography)

เป็นการตรวจที่จำเป็นในการวินิจฉัยภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น และช่วยประเมินความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งสามารถหาแรงดันลมที่ใช้ในการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก หรือช่วยติดตามอาการรักษาหากอาการแย่งหรือกลับเป็นซ้ำอีก ทั้งยังช่วยติดตามประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น การผ่าตัด การใส่ทันตอุปกรณ์ เป็นต้น การตรวจการนอนหลับที่ได้มาตรฐาน คือ การตรวจการนอนหลับชนิดที่ 1 ในห้องตรวจการนอนที่มีเจ้าหน้าที่ดูแลทั้งคืน และสามารถตรวจวัดมากกว่า 7 สัญญาณ ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าสมอง คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อลูกตา คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อคางและขา คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ลมหายใจ การขยับของทรวงอกและหน้าท้อง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และอาจมีการตรวจวัดระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจเพิ่มเติมในผู้ป่วยโรคอ้วนที่สงสัยภาวะอ้วนหายใจต่ำ โดยการตรวจชนิดนี้ถือว่ามีความแม่นยำที่สุด นอกจากนี้มีการตรวจการนอนแบบที่บ้าน (home sleep test) ซึ่งสามารถใช้วินิจฉัยภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นได้เช่นกัน แต่มีความแม่นยำน้อยกว่า อีกทั้งยังไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มอาการอ้วนหายใจต่ำ โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบประสาทและกล้ามเนื้อ หรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากประสาทส่วนกลาง เป็นต้น

แนวทางการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น ได้แก่

1. การรักษาโดยวิธีที่ไม่ผ่าตัด

1.1 การลดน้ำหนัก โดยการควบคุมอาหาร และควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและเพิ่มความกระชับและความตึงตัวให้กับกล้ามเนื้อ

1.2 การหลีกเลี่ยงยาหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง เช่น เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ยาแก้แพ้ ชนิดที่ทำให้ง่วง โดยเฉพาะรับประทานก่อนนอน

1.3 การปรับเปลี่ยนท่าทางในการนอน เช่น ไม่ควรรอนอนในท่านอนหงายเนื่องจากจะทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าการนอนในท่าตะแคง

1.4 การใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก เหมาะสำหรับผู้ที่มีอาการของภาวะหยุดหายใจขณะหลับระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเป็นการนำหน้ากากครอบจมูกขณะนอนหลับ ซึ่งหน้ากากนี้จะต่อเข้ากับเครื่องที่สามารถเป่าลมซึ่งมีแรงดันเป็นบวกออกมา ลมที่เป่าออกมาขณะนอนหลับจะช่วยถ่างขยายช่องทางเดินหายใจ ไม่ให้เกิดการอุดกั้นขณะหายใจเข้า

1.5 การใช้ทันตอุปกรณ์ เพื่อเลื่อนขากรรไกรล่างมาด้านหน้า ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่สามารถใช้ CPAP ได้

2. การรักษาโดยวิธีผ่าตัด

จุดประสงค์ของการผ่าตัด คือ เพิ่มขนาดของทางเดินหายใจส่วนบนให้กว้างขึ้น โดยแบ่งเป็น

2.1 การผ่าตัดเพื่อแก้ไขลักษณะทางกายวิภาคที่ผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจ มีข้อบ่งชี้ในคนที่มีการสร้างทางกายวิภาคของทางเดินหายใจส่วนบนผิดปกติที่เป็นสาเหตุ ทำให้เกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ได้แก่ การผ่าตัดทอนซิล อุดมียอด การผ่าตัดผนังกันจมูก คัด การผ่าตัดเลื่อนขากรรไกร หรือจัดลิ้นความถี่วิทยุบริเวณเพดานอ่อนและโคนลิ้น เป็นต้น

2.2 การผ่าตัดกระเพาะอาหารและลำไส้เพื่อลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคอ้วน (Bariatric Surgery) คือการผ่าตัดกระเพาะอาหารให้มีขนาดเล็กลง และ/หรือการผ่าตัดลดทางเดินอาหารหรือการผ่าตัดบายพาส ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกินได้น้อยลงมีน้ำหนักตัวลดลง ทำให้เนื้อเยื่อผนังคอบางส่วนส่งผลให้ขนาดทางเดินหายใจส่วนบนกว้างขึ้น

การดูแลก่อนผ่าตัดรักษาโรคอ้วน

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสูงถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นชนิดรุนแรงและไม่ได้รับการวินิจฉัย ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลเสียทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูงกว่าคนทั่วไป อาทิ เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (desaturation) ระบบหายใจล้มเหลว (respiratory failure) ผิดปกติของระบบหัวใจ (cardiac events) และต้องนอนห้องไอซียูนานขึ้น ดังนั้นการตรวจคัดกรองหาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นจึงมีความจำเป็น และหากได้รับการรักษาที่เหมาะสมด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกหรือ CPAP ก็จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง การดูแลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อย่าง

น้อย 4 ชั่วโมงต่อคืน เป็นประจำทุกคืน อย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัดรักษาโรคอ้วน ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับประสิทธิภาพเต็มที่จากการรักษา อีกทั้งการรักษาด้วย CPAP จะช่วยให้การนอนหลับของผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น อาการง่วงนอนกลางวันลดลง และสมรรถิการทำงานดีขึ้น

การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย

ช่วงก่อนผ่าตัด

เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ทีมศัลยแพทย์ และพยาบาลจะเข้ามาเตรียมความพร้อมให้คุณก่อนเข้ารับการผ่าตัด อาจมีอายุรแพทย์เฉพาะทางเข้ามาให้การดูแลในบางรายที่จำเป็น เช่น มีโรคหัวใจ โรคเบาหวาน มีทีมวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลมาประเมินความพร้อม ก่อนการได้รับการดมยาสลบและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การดื่มน้ำและอาหาร การได้รับน้ำเกลือ ยาคลายกังวล ยาลดกรดเคลือบกระเพาะ ในรายที่จำเป็น พยาบาลจะเข้ามาซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สัญญาณชีพ ตรวจสอบผลเลือดจากห้องปฏิบัติการ แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย เน้นบริเวณที่ผ่าตัด คือบริเวณหน้าท้อง และสะดือ การประเมินความเจ็บปวดและการได้รับยาบรรเทาปวด การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Deep breathing Exercise) การบริหารร่างกายโดยการลุกนั่ง ลุกเดินโดยเร็วที่สุด (Early Ambulation) เป็นต้น

ช่วงระหว่างการผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด จะมีการเตรียมเตียงสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาโรคอ้วนโดยเฉพาะ ศัลยแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัดจะจัดทำที่พร้อมสำหรับการผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัด รวมถึงการใส่สายสวนปัสสาวะด้วย วิสัญญีแพทย์จะทำการดมยาสลบ ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับตลอดการผ่าตัด และลดปริมาณยาสลบลงเมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น การผ่าตัดจะใช้เวลาประมาณ 1-4 ชั่วโมง โดยการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารจะใช้เวลาเฉลี่ย 2 ชม. การผ่าตัดบายพาสจะใช้เวลาเฉลี่ย 3-4 ชั่วโมง จะมีการแจ้งให้ญาติทราบถึงสถานะการผ่าตัดของผู้ป่วยเป็นระยะๆ บริเวณหน้าห้องผ่าตัด หลังจากนั้นจะมีการสังเกตอาการหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดที่ห้องพักฟื้นภายในห้องผ่าตัด ประมาณ 1-2 ชั่วโมง หากอาการคงที่ สัญญาณชีพเป็นปกติ จะส่งต่อไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย

ช่วงคืนหลังผ่าตัด

เมื่อกลับมาถึงหอผู้ป่วย จะได้รับการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยทีมแพทย์และพยาบาล มีการวัดสัญญาณชีพ และติดเครื่องตรวจการหายใจและระดับออกซิเจนมีการใส่เครื่องปั๊มชาด้วยลม เพื่อป้องกันการเกิดลิ้นเลือดอุดตัน มีการปรับการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ รวมถึงการตรวจดูปริมาณปัสสาวะที่ออกจากสายสวนปัสสาวะร่วมด้วย

ช่วงพักฟื้นหลังผ่าตัดภายในโรงพยาบาล

จะใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวด บริเวณแผลผ่าตัด โดยการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดฉีด มีการปรับท่านอนศีรษะสูง กระตุ้นการหายใจเข้าออกลึกๆ และจำเป็นต้องใส่เครื่องปั๊มชาด้วยลมทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ้นเลือดอุดตันที่

อาจเกิดขึ้นระหว่างที่ยังไม่ได้ลุกเดิน เมื่อสามารถลุกเดินเคลื่อนไหวได้ดี พยาบาลจะเอาเครื่องปั๊มขาออก แต่ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องลุกเดินอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งการลุกเดินยังช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว ระบบการทำงานของลำไส้จะกลับมาทำงานได้เร็วขึ้น ในกรณีที่มีสายสวนปัสสาวะ จะถูกเอาออกในวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด หลังกลับจากห้องผ่าตัดจะต้องดื่มน้ำและอาหารไว้ก่อน และเข้าหลังผ่าตัดวันที่ 1 แพทย์จะมาประเมินอาการ หากไม่มีอาการผิดปกติ แพทย์จะอนุญาต ให้รับประทานอาหารได้ โดยเริ่มจากอาหารเหลวก่อน แล้วจึงเปลี่ยนเป็นอาหารป่นของโรงพยาบาลตามลำดับ เมื่อรับประทานอาหารได้ดีจะยุติการให้น้ำเกลือ

ช่วงก่อนกลับบ้าน

ระยะนี้ความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดจะน้อยลงมากจะเริ่มรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น พยาบาลจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การดูแลแผลผ่าตัด โดยจะปิดเป็นแผ่นฟิล์มกันน้ำ สามารถโดนน้ำได้แต่ต้องระมัดระวังหากมีน้ำซึมเข้าไปในแผล หรือมีสิ่งคัดหลั่งออกมาจากแผลควรเปิดทำแผลที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หากแผลแห้งดี 7 วันหลังผ่าตัด สามารถเปิดแผลเองได้ ไม่ต้องทำแผล ไม่ต้องตัดไหมเนื่องจากแผลเย็บไหมละลาย (โดยปกติศัลยแพทย์จะนัดตรวจประมาณ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพื่อตรวจดูแผลอยู่แล้ว) การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น หากแผลมีอาการอักเสบ บวม แดง มีหนองไหล มีไข้สูง ปวดท้องมาก ท้องโตตึง เป็นต้น นอกจากนี้จะมีการให้คำแนะนำโดยนักโภชนาการเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารโดยเฉพาะ และฝึกกายภาพ-ฟื้นฟูมาให้คำแนะนำร่วมด้วย หากมีข้อสงสัยสามารถถามพยาบาลผู้ดูแลได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถสอบถามที่คลินิกศัลยกรรม-โรคอ้วน หรือหอผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาได้ ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานเมื่อกลับไปอยู่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นประเภทยาแก้ปวด และวิตามินเสริม

ศัลยแพทย์จะนัดมาติดตามอาการภายหลังการผ่าตัด ดังนี้

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	การติดตาม
1 สัปดาห์	-ตรวจดูแผลผ่าตัด, ติดตามผลเลือด, ภาวะแทรกซ้อน สังยา และวิตามิน -ปรึกษาโภชนาการ
1 เดือน	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด, ภาวะแทรกซ้อน สังยา และวิตามิน -ปรึกษาโภชนาการ และกายภาพบำบัดและฟื้นฟู
3 เดือน	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด สังยา และวิตามิน
6 เดือน	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด, ภาวะแทรกซ้อน สังยา และวิตามิน -ตรวจ Body composition analysis -ปรึกษาโภชนาการ และกายภาพบำบัดและฟื้นฟู
9 เดือน	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด สังยา และวิตามิน

12 เดือน	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด, ภาวะแทรกซ้อน สิ่งยา และวิตามิน
	-ตรวจ Body composition analysis, Upper GI endoscopy, U/S Hepatobiliary, Bone mineral density
	-ปรึกษาโภชนาการ และกายภาพบำบัดและฟื้นฟู
15 เดือน	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด สิ่งยา และวิตามิน
18 เดือน	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด, ภาวะแทรกซ้อน สิ่งยา และวิตามิน
	-ตรวจ Body composition analysis
	-ตรวจการนอนหลับ Polysomnography ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับที่จำเป็นต้องใช้เครื่อง
	-ปรึกษาโภชนาการ และกายภาพบำบัดและฟื้นฟู
24 เดือน	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด, ภาวะแทรกซ้อน สิ่งยา และวิตามิน
	-ตรวจ Body composition analysis, Upper GI endoscopy, U/S Hepatobiliary, Bone mineral density
	-ปรึกษาโภชนาการ และกายภาพบำบัดและฟื้นฟู
30, 36, 42, 48, 54, 60 เดือน (ทุก 6 เดือน)	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด, ภาวะแทรกซ้อน สิ่งยา และวิตามิน
	-ตรวจ Body composition analysis
	-ปรึกษาโภชนาการ และกายภาพบำบัดและฟื้นฟู
ติดตามทุก 1 ปี หลังจาก 5 ปีไปแล้ว	-ติดตามการลดของน้ำหนัก, ติดตามผลเลือด, ภาวะแทรกซ้อน สิ่งยา และวิตามิน
	-ตรวจ Body composition analysis
	-ปรึกษาโภชนาการ และกายภาพบำบัดและฟื้นฟู

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการตรวจตามนัดภายหลังการผ่าตัด
ที่มา :โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

การเตรียมผู้ป่วยระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย

ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ เพื่อเตรียมตัวเข้ารับ การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป พุดคุยถึงแผนการดูแลรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในช่วงก่อน ผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังการผ่าตัด รวมทั้งอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ร่วมกับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวโดยทีมวิสัญญีแพทย์

การซักประวัติและตรวจร่างกาย

เน้นการประเมินภาวะใส่ท่อหายใจยาก ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea; OSA) โดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะหยุดหายใจขณะหลับเบื้องต้น (STOP BANG questionnaire) ซักประวัติเกี่ยวกับอาการเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกาย อาการเจ็บหน้าอกเป็นลมหมดสติ เพื่อประเมินภาวะโรคหัวใจแทรกซ้อน โรคกรดไหลย้อน โรคเบาหวาน กลุ่มอาการเมแทบอลิก (Metabolic syndrome) ประวัติเกี่ยวกับการเคยได้รับการผ่าตัดหรือให้ยาระงับความรู้สึก กรณีเคยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปจะซักถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการใส่ท่อหายใจ และปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก

กรณีที่ประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะใส่ท่อหายใจยาก และ/หรือมีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับขั้นรุนแรงทางทีมวิสัญญีจะจัดเตรียมอุปกรณ์พิเศษสำหรับใส่ท่อหายใจ เพื่อความปลอดภัยในการจัดการทางเดินหายใจ อาจพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจขณะตื่นร่วมกับการให้ยาระงับปวดและยาให้สงบคลายกังวลโดยทีมวิสัญญีจะให้ความรู้และคำอธิบายถึงโอกาสที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจขณะตื่นและการคาท่อช่วยหายใจหลังการผ่าตัด

วันก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อชดเชยการสูญเสีย น้ำ ขณะดื่มน้ำ งดอาหาร พิจารณาการให้ยาที่กินเป็นประจำว่าสามารถให้ต่อเนื่องในเช้าวันผ่าตัดได้หรือไม่นอกจากนี้ยังมีการให้ยาลดความรุนแรงจากโอกาสการเกิดภาวะสุดสัปดาห์อาหารเข้าปอด

กระบวนการดูแลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัด

เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด จะเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โดยต้องมีการยืนยันชื่อและการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับตรวจสอบบันทึกการรักษาจากหอผู้ป่วยว่า มีการเปลี่ยนแปลงอาการและการรักษาที่ได้รับหรือไม่ยาปฏิชีวนะที่ต้องให้ก่อนการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พึงทราบผลเป็นต้น จากนั้นตรวจสอบการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและติดอุปกรณ์เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ได้แก่ วัดความดันเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดและบันทึกไว้เป็นค่าพื้นฐานก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก

จัดทำให้ศีรษะผู้ป่วยสูงประมาณ 30 องศา เพื่อช่วยให้การใส่ท่อหายใจทำได้ง่ายขึ้น โดยการใช้หมอนและ/หรือผ้ารองหนุนบริเวณใต้ศีรษะ ไหล่ และกระดูกสะบักทั้ง 2 ข้างให้กระดูกหน้าอกอยู่ระดับเดียวกับหูของผู้ป่วย แล้วจึงผู้ป่วยจะหายใจผ่านทางหน้ากากด้วยออกซิเจน 100% อย่างน้อย 5 นาที จึงเริ่มให้นาสลบผ่านทางหลอดเลือดดำ สำหรับใช้เทคนิคการใส่ท่อหายใจขึ้นกับความยากง่ายของใส่ท่อหายใจของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจขณะตื่น การออกแรงกดที่กระดูกอ่อน cricoid เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของกรดหรืออาหารในกระเพาะ ในขณะการนำสลบ หรือใช้เครื่องมือแบบมีจอภาพในการใส่ท่อหายใจชนิดวิดีโอ (video laryngoscope) ซึ่งเทคนิคที่ใช้นั้นขึ้นกับการตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วยและทีมวิสัญญี

ในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้ป่วยจะไม่เจ็บ ไม่รู้สึกตัว โดยจะเลือกใช้ยาที่ช่วยรักษาภาวะสลับ ยาระงับปวด และยาหย่อนกล้ามเนื้อที่มีระยะเวลาออกฤทธิ์สั้น และมีฤทธิ์คงค้างในร่างกายน้อย โดยทีมวิสัญญีมีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ให้ยาและสารน้ำอย่างเหมาะสมตลอดการผ่าตัด

เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น ผู้ป่วยจะค่อยๆ ตื่นจากภาวะสลบ และจัดทำผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศาในขณะถอดท่อช่วยหายใจ และเปิดทางเดินหายใจให้โล่งก่อนถอดท่อช่วยหายใจ โดยพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ สัญญาณชีพมีค่าปกติ ไม่มีฤทธิ์ของยาหย่อนกล้ามเนื้อคงเหลือ สามารถหายใจเองได้เพียงพอ และมีปฏิกิริยาการตอบสนองของทางเดินหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจจะให้ออกซิเจนผ่านทางหน้ากากแก่ผู้ป่วยต่อไปอีกเป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที และให้ต่อเนื่องพร้อมทั้งวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปห้องพักฟื้น ร่วมกับการจัดทำที่เหมาะสมเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน เฝ้าระวังการหายใจ และอาการแสดงการอุดตันทางเดินหายใจ

กระบวนการดูแลหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวที่ห้องพักฟื้น

ที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยจะถูกจัดทำโดยจัดท่านอนกึ่งนั่ง หลีกเลี่ยงการนอนราบหงาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุดตันทางเดินหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ บันทึกอัตราการหายใจ ร่วมกับสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดและภาวะอุดตันทางเดินหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ

กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะอุดตันทางเดินหายใจขณะหลับ และใช้เครื่องช่วยหายใจรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Continuous Positive Airway Pressure หรือ CPAP) ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ก็ควรใช้ต่อเนื่องหลังผ่าตัด เริ่มได้ตั้งแต่ที่ห้องพักฟื้นและใช้ต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย

ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดให้เพียงพอ เฝ้าระวังเรื่องภาวะกดการหายใจจากฤทธิ์คงค้างของยารักษาภาวะสลบและ/หรือยาระงับปวด และดูแลสายต่างๆ ไม่ให้เลื่อนหลุด

ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยต่อเนื่องให้ทีมแพทย์และพยาบาลที่หอผู้ป่วย เกี่ยวกับแผนการระงับปวดหลังผ่าตัด การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การสังเกตเฝ้าระวังการกดการหายใจ การเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด เป็นต้น

การฟื้นฟูสภาพที่บ้านภายหลังการผ่าตัด (Life after Weight Loss Surgery)

1. คำแนะนำจากศัลยแพทย์

การติดตามผลการรักษา ศัลยแพทย์จะต้องการพบผู้ป่วยเป็นระยะๆ หลังผ่าตัด โดยปกติแล้วการติดตามอาการครั้งแรกจะนัดหนึ่งหรือสองสัปดาห์หลังผ่าตัด และจะติดตามในกรณีที่น้อยลงเมื่อเวลาผ่านไป (โดยปกติจะนัดทุก 3 เดือน ถึง 1 ปีครั้ง และทุก 6 เดือน จนถึง 5 ปี หลังจากนั้นอาจนัดทุก 1-2 ปี)

2. อาหารระหว่างการฟื้นฟูสภาพ

1. เพื่อให้กระเพาะอาหารได้ฟื้นฟู ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับประทานอาหารในช่วง 1-3 วันหลังผ่าตัด แพทย์จะเริ่มให้รับประทานอาหารเหลวจากนั้นจึงค่อยๆ เปลี่ยนเป็นอาหารบด อาหารอ่อน จนสามารถรับประทานอาหารธรรมดาหรือข้าวสวยได้ โดยปริมาณแคลอรีที่บริโภคลดลงเหลือประมาณ 1 ใน 4 ของที่เคยรับประทานและอาหารที่บริโภคก็จะแตกต่างกันไปโดยสิ้นเชิง

2. การดื่มน้ำให้เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญ ประมาณ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ซึ่งเท่ากับประมาณ 8 แก้วต่อวัน โดยเฉพาะในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ภาวะการขาดน้ำเป็นภาวะที่อันตราย หากได้รับไม่เพียงพออาจทำให้มีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และอาจเกิดภาวะไต

วายได้ วิธีปฏิบัติที่ง่ายคือ พยายามหาเครื่องดื่มแคลอรีต่ำ ไวท์โกโก้ ตัว และค่อยๆ จิบทีละนิดทุก 15-20 นาที เพื่อให้ได้รับปริมาณที่เพียงพอ

3. ช่วง 1-2 วันแรกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องทานเฉพาะอาหารเหลว เช่น น้ำซุป หรือน้ำผลไม้ ปริมาณอาหารเหลวที่สามารถรับประทานได้ประมาณ 30 มิลลิลิตร หรือ 2 ช้อนโต๊ะต่อครั้ง หรือจนรู้สึกแน่น แล้วให้หยุด

4. ใน 2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องรับประทานอาหารชนิดที่ต้องบดละเอียด และต้องรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง หรืออาจเติมโปรตีนชนิดผงผสมในอาหารได้ ซึ่งอาหารควรอยู่ในรูปแบบของอาหารบดเหลว ๆ แนะนำให้ทานครั้งละ 30 มิลลิลิตรหรือจนรู้สึกแน่น ให้หยุดจนหายแน่น หรือ ประมาณทุกๆ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ไม่ควรรับประทานมากเกินไปหรือจนอาเจียน ในกรณีที่ไม่สามารถทานอาหารบดปั่นได้ แนะนำให้ใช้ อาหารทางการแพทย์ที่มีสัดส่วนของโปรตีนสูง และมีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ (low glycemic index)

5. ในระยะ 2 - 4 สัปดาห์ จากอาหารเหลว สามารถเริ่มปรับเป็นอาหารชิ้นมากขึ้น หรืออาหารอ่อนค่อนเหลวได้ โดยการทานครั้งละ 90 - 100 มิลลิลิตรต่อมื้อ ควร กระจายเป็น 4 - 5 มื้อต่อวัน เนื่องจากผู้ป่วยมีกระเพาะอาหารที่เล็กลงไม่สามารถรับอาหารครั้งละมาก ๆ ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกอิ่มเร็วขึ้น อาหารที่เหมาะสมในระยะนี้อาทิ ซุปข้น แกงจืด โยเกิร์ต ไข่ตุ๋น หรือโจ๊กเหลวก็ได้

6. ในช่วง 4 - 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้โดยอาจมีอาหารปกติผสมเข้าไปด้วยได้ อาทิ เพิ่มเนื้อมะเขยขาบ เนื้อมะเขยขาบ หรือผักต้มได้ และสามารถปรับไปสู่อาหารปกติได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย โดยจะทานอาหารได้ประมาณ 100 - 150 มิลลิลิตร 3 มื้อต่อวัน

7. ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเส้นใยมากและชิ้นใหญ่ ในช่วง 4 - 8 สัปดาห์แรก เช่น ผักสด หรือผลไม้ชิ้นใหญ่ ควรทำให้เป็นชิ้นเล็กๆ ปรงสุก นุ่มและเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน

8. ห้ามดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มทุกชนิด ระหว่างมื้ออาหารหรือภายในครึ่ง ถึง 1 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร< เพราะจะทำให้อาหารไหลผ่านกระเพาะอาหารอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการดูดซึมที่ไม่ดี และอาจเกิดอาการ Dumping syndrome ได้ หลังผ่าตัดจะมีนักโภชนาการมาให้รายละเอียดเกี่ยวกับแผนการบริโภคหลังจากการผ่าตัด การทำตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด จะส่งเสริมให้การลดน้ำหนักดียิ่งขึ้น และช่วยลดอาการข้างเคียงให้น้อยที่สุด

3. การดูแลแผลผ่าตัด

โดยปกติก่อนกลับบ้าน แพทย์จะทำการเปิดแผลและเปลี่ยนที่ปิดแผลใหม่ เป็นชนิดที่สามารถกันน้ำได้ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ แต่ต้องระมัดระวัง ถ้าที่ปิดแผลซึมหรือหลุด ให้รีบทำแผลใหม่ ส่วนใหญ่ แล้วแพทย์จะนัดติดตามอาการและตรวจดูแผลที่ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแผลอีก อาการบวม ช้ำ และมีเลือดจางๆ ซึมน้อยๆ เป็นเรื่องปกติ แต่ถ้าที่ปิดแผลเปลี่ยนเป็นสีแดงสด และเริ่มมีสิ่งคัดหลั่งออกมาปริมาณมากหรือเปลี่ยนสีหรือขุ่นขึ้น หรือมีอาการปวด แดงที่แผลมาก ควรติดต่อแพทย์ทันที หลังจากแผลหายสนิท (ประมาณ 2 สัปดาห์) สามารถทาครีมบนแผลเพื่อลดการเกิดรอยแผลเป็น ได้และถ้าแผลต้องโดนแสงแดดควรทาครีมกันแดดบนแผลด้วย ไม่ยกของหนัก หรือออกกำลังกายหนัก เช่น ยกน้ำหนัก วิ่ง ขี่จักรยานหรือว่ายน้ำ อย่างน้อย 4 สัปดาห์ การมี

เพศสัมพันธ์สามารถทำได้เมื่อรู้สึกพร้อม แต่ให้ระมัดระวังแผลผ่าตัดเป็นพิเศษ ถ้าไม่แน่ใจว่าพร้อมที่จะทำกิจกรรมนั้นๆ หรือไม่ ให้ปรึกษาศัลยแพทย์ก่อนเสมอ

4. ผลข้างเคียงในระยะแรกหลังผ่าตัด

อาการคลื่นไส้หรืออาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในช่วงไม่กี่เดือนแรกหลังผ่าตัด หลังจากกระเพาะอาหารหายดีแล้ว คุณจะเรียนรู้ว่าอะไรที่กระเพาะอาหารรับได้หรือไม่ได้ ในการป้องกันการคลื่นไส้หรืออาเจียน วิธีการรับประทานอาหารมีความสำคัญเท่าเทียมกับสิ่งที่รับประทาน หลีกเลี่ยงการดื่มและการรับประทานอาหารที่เร็วหรือมากเกินไป รับประทานอาหารคำเล็กๆ และเคี้ยวให้ละเอียด

ปวดเมื่อยตัว (หรือปวดแผล) จะหายเองตามเวลา ถ้าทำให้รู้สึกไม่สบาย ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs (non-steroidal anti-inflammatory drugs) เช่น Ibuprofen, Diclofenac หรือ Aspirin เป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลที่กระเพาะอาหาร หรือที่รอยต่อกระเพาะอาหารได้ ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอ

อาการอ่อนเพลียหรือรู้สึกเหนื่อย จะหายเองตามเวลา โดยเฉพาะเมื่อสามารถรับประทานอาหารลดน้ำหนักได้อย่างลงตัว เมื่อรู้สึกพร้อมก็เริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายต่อไปได้

อาการหนาว อาจเกิดจากกระบวนการเผาผลาญของร่างกายที่ลดลงตามน้ำหนักตัวที่ลดลง และปริมาณไขมันที่ห่อหุ้มร่างกายมีน้อยลง

ท้องผูก แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารที่มีกากใยหรืออาหารเสริมกากใยและเคลื่อนไหวร่างกายก็มีส่วนช่วยได้

ท้องเสียหรือถ่ายเหลว ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการรับประทานอาหารที่ไม่ควรรับประทาน อาหารสุกๆ ดิบๆ อาหารที่ปรุงทิ้งไว้นานเกิน 4 ชั่วโมง โดยไม่ได้แช่เย็น แต่ถ้ามีอาการมาก หรือสงสัยกลุ่มอาการดัมปีง (Dumping syndrome) แนะนำให้ปรึกษาศัลยแพทย์

แก๊สในช่องท้อง หรือท้องอืด ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแก๊ส อาทิ ธัญพืช ถั่วชนิดต่างๆ นมสด นมถั่วเหลือง ผักตระกูลกล่ำ หน่อไม้ฝรั่ง หอมใหญ่ เห็ด เป็นต้น

เสียงสำไส้และกระเพาะทำงาน ไม่ใช่ปัญหาที่สำคัญ เกิดจากการที่ระบบทางเดินอาหารบีบตัวขับลมออก วิธีการไม่ให้เกิดเสียงท้องร้องที่ดีที่สุดคือการหลีกเลี่ยงการกลืนลมเข้าไป เลี่ยงน้ำอัดลม เลี่ยงการดื่มหรือกินเร็วเกินไปและเลี่ยงการเคี้ยวหมากฝรั่ง แนะนำให้ใช้การดูดน้ำด้วยหลอด

กลุ่มอาการดัมปีง (Dumping Syndrome) ส่วนมากเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบบายพาสเนื่องจากทำให้อาหารผ่านเข้าสู่ลำไส้เล็กอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย มีศีรษะ หน้าแดงและร้อน อาการปวดเกร็งช่องท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ใจสั่นและอาจพบอาการน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมด้วย ซึ่งจะแสดงอาการหลังรับประทานอาหารทันทีหรือไม่นาน ส่วนใหญ่สามารถรักษาได้ โดยการปรับเปลี่ยนอาหารและวิธีการรับประทานอาหาร (สามารถปรึกษาแพทย์และนักโภชนาการได้)

เชื้อราในช่องปาก เกิดจากผลข้างเคียงของยาปฏิชีวนะ มีอาการคือ มีฝ้าขาวเคลือบลิ้น ลิ้นบวมแดง โรคเชื้อราในปากสามารถรักษาได้ด้วยยา จึงควรแจ้งแพทย์เมื่อมีอาการ

การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง เช่น สิว ผิวแห้ง อาการคันตามผิวหนังเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบางราย การรับประทานอาหารและวิตามินที่เหมาะสมเป็นวิธีการป้องกันที่ดีที่สุด การทาครีมและโลชั่นสามารถช่วยได้ดี แต่ถ้าอาการแสบมากควรปรึกษาแพทย์ผิวหนัง

ผมหรือขนร่วง เกิดจากการลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว แต่จะเกิดขึ้นชั่วคราว พบในผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ผ่าตัดลดน้ำหนักในปีแรก ซึ่งเกิดจากการขาดโปรตีนและวิตามินเป็นสำคัญ ดังนั้นการป้องกันที่ดีที่สุดคือการได้ด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยเฉพาะโปรตีนและวิตามิน ส่วนการ รักษาอื่น เช่น แชมพูหรือยาลดอาการผมร่วง ก็ช่วยได้เช่นกัน

สภาพอารมณ์แปรปรวน อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด เป็นเรื่องปกติที่ผู้ป่วยจะรู้สึก กลัว ไม่มั่นใจหรืออารมณ์ขุ่นมัว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและผลกระทบทางอารมณ์จากการเปลี่ยนวิถีชีวิตหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนจะเป็นผู้ช่วยเหลือและบอกวิธีที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาทางด้าน อารมณ์ ในกรณีที่เป็นมาก โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ควรพามาพบจิตแพทย์โดยเร็ว

การดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก (Life after Weight Loss Surgery)

1. น้ำหนักและสุขภาพที่จะเปลี่ยนแปลง

ผู้ป่วยจะต้องควบคุมเรื่องอาหารและออกกำลังกายสม่ำเสมอไปตลอดชีวิตซึ่งถ้าไม่ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด น้ำหนักก็จะกลับเพิ่มขึ้นมาได้ (weight regain)

อย่าคาดหวังว่าน้ำหนักจะลดลงอย่างมากทันทีในเวลาไม่กี่วัน ซึ่งผลการผ่าตัดรักษาแบบนี้จะใช้เวลาเพื่อให้ น้ำหนักลดลงอย่างช้า ร่างกายจะสามารถปรับตัวได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง น้ำหนักจะถึงจุดต่ำสุดที่ระยะเวลาประมาณ 1 - 3 ปี ภายหลังการผ่าตัด

เมื่อน้ำหนักลดลงมาถึงจุดต่ำสุดแล้ว ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มกลับขึ้นมา มากน้อยขึ้นกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

การลดน้ำหนักที่ดีและยั่งยืนต้องอาศัยการสนับสนุนจากทั้งครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน ทีมแพทย์ พยาบาล และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน วิธีการสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างสม่ำเสมอ คือ มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และหาโอกาสมาเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (กลุ่มผู้ป่วยที่ผ่านการรักษามาแล้ว มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าวิธีการเหล่านี้สามารถทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักได้เป็นอย่างดี

ผิวหนังที่ยืดออกมากขณะที่ยังอ้วน ส่วนใหญ่ไม่สามารถหดกลับตามรูปร่างที่เล็กลง ภายหลังการรักษาได้ ดังนั้นจะมีผิวหนังส่วนเกินห้อยย้อยตามส่วนต่างๆของร่างกายได้ เช่น ผิวหนังบริเวณคอ แขน ต้นนม ท้อง สะโพก และหลัง เป็นต้น ซึ่งอาจก่อปัญหาด้านความสวยงามรูปลักษณ์ หรืออาจก่อให้เกิดกลิ่นอับ ผื่น แผล หรือการติดเชื้อตามมา ในกรณีเหล่านี้ อาจจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดผิวหนังส่วนเกินออกในภายหลัง

2. อาหารการกินในชีวิตหลังการผ่าตัด

อาหารที่ไม่ควรรับประทานในระยะยาว (Long Term Bariatric Diet - What Not to Eat)

1. อาหารที่ไม่ควรรับประทาน : อาหารที่ไม่ดีต่อระบบย่อยอาหาร เช่นอาหารย่อยยาก กลืนยากทำให้คลื่นไส้ ท้องเสียหรือท้องผูก อาหารเหล่านี้ควรทานหลังจากที่กระเพาะเริ่มทำงานได้ดีแล้ว ได้แก่

ข้าวที่ไม่ขัดสี ขนมปังที่มีความเหนียว ถั่วต่างๆ ธัญพืช

เนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก เช่น เนื้อวัว เนื้อสัตว์แปรรูป อาจทำให้เกิดอาเจียน แต่เนื้อสัตว์ เป็นแหล่งโปรตีนที่สำคัญ ดังนั้นควรเลือกเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย ปิ้งให้นุ่ม อาทิ เนื้อปลา เนื้อไก่ ไข่ เป็นต้น

ผักสด ผลไม้ที่ย่อยยาก ผลไม้เปลือกแข็ง ผลไม้อบแห้ง

อาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน

นมสดและผลิตภัณฑ์ เนื่องจากบางคนมีปัญหาในการย่อยน้ำตาลแล็กโทส (lactose) ควรเลือกรับประทานเป็นนมพร่องมันเนย (Low fat milk) หรือ lactose free

2. อาหารที่ไม่ควรรับประทานอย่างยิ่ง

น้ำตาล เครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลทุกชนิด น้ำอัดลม อาหารที่เติมน้ำตาล น้ำผลไม้คั้น น้ำผลไม้กล่องต่างๆ

เครื่องดื่ม alcohol เหล้า สุรา

อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน พาย พัฟ คุกกี้

อาหารทอดทุกชนิด

อาหารที่ควรกินในระยะยาว (Long term Bariatric Diet : What You Should Eat)

1. การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการดัดแปลง อาทิ ลูกชิ้น ไส้กรอก อาหารกระป๋อง และอาหารหมักดอง ควรปรุงอาหารโดยวิธีการอบ ย่าง ต้ม หรือตุ๋น แทนการทอดในน้ำมันปริมาณมาก และใช้น้ำมันไขมันเนย หรือนมพร่องมันเนย แทนไขมันเติมหรือแทนกะทิในการปรุงอาหาร

2. รับประทานโปรตีนเป็นอันดับแรกของการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ โปรตีนเป็นอาหารที่สำคัญมากต่อร่างกายและผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับถึงวันละ 80 กรัมต่อวัน แต่หลังการผ่าตัด กระเพาะที่เล็กลง อาหารประเภทโปรตีนในปริมาณ 80 กรัม จะมากเกินไปสำหรับพื้นที่ในกระเพาะ ในขณะที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับโปรตีนที่เพียงพอ เพื่อป้องกันการเผาผลาญกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ เกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียน และเหนื่อยง่าย หากร่างกายขาดโปรตีนเป็นระยะเวลานาน จะเป็นสาเหตุให้บวม ผอมร่วง ระบบภูมิคุ้มกันลดลง เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อ ดังนั้นการทานอาหารต้องคำนึงถึงโปรตีนเป็นสำคัญ กรณีผู้ป่วยรับประทานโปรตีนจากเนื้อสัตว์ไม่เพียงพอ นักโภชนาการจะแนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้ เช่น ผงโปรตีน ซึ่งใช้ทดแทนในวันที่รับประทานเนื้อสัตว์ไม่เพียงพอ

3. รักษาระดับน้ำตาลในเลือด การรักษากระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหิวคงที่ และระดับน้ำตาลคงที่ส่งผลต่อระดับอารมณ์ ในการรักษากระดับน้ำตาลในเลือดควรปฏิบัติ ดังนี้

หลีกเลี่ยงน้ำตาลเชิงเดี่ยว เช่น ขนมปังขาว มันฝรั่ง ข้าวขาว หรืออาหารและเครื่องดื่มที่เติมน้ำตาล เช่น ลูกกวาด ไอศกรีม เบเกอรี่

รับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน แต่ต้องจำกัดปริมาณ (เพราะต้องทานโปรตีน ปริมาณมาก) คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ผักต่างๆ ขนมปังโฮลวีท ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช เพราะอาหารที่มีเส้นใยสูงจะช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือด และช่วยให้อิ่มเร็วขึ้น

4. ดื่มน้ำในปริมาณที่ถูกต้องและถูกเวลา ควรดื่มน้ำสะอาดในปริมาณ 8 - 10 แก้ว/วัน และผู้ป่วยไม่ควรดื่มในมื้ออาหาร ควรใช้วิธีจิบน้ำทุก 15 - 20 นาที ที่ไม่ใช่มีอาหารตลอดทั้งวัน

5. ไม่รับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ การทานอาหารว่างหรืออาหารจุบจิบ ทำให้น้ำหนักลดช้าและน้ำหนักกลับมาเพิ่มได้

การปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด

1. วางแผนการทำอาหารแต่ละมื้อ ตั้งเป้าหมายในการทำและระบุอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหา
2. เมื่อไปตลาดให้เลือกซื้อเฉพาะอาหารที่อยู่ในแผนการรับประทานเท่านั้น
3. รับประทานเฉพาะอาหารที่อยู่ในแผนที่วางไว้เท่านั้น
4. ไม่รับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อนอกจากได้รับคำแนะนำจากนักโภชนาการเท่านั้น
5. มีการชั่งตวงวัดอาหารที่รับประทานเพื่อได้ประเมินปริมาณให้เหมาะสมกับขนาด

กระเพาะและมั่นใจว่าได้รับสารอาหารครบ

ปริมาณอาหารที่รับประทาน (Portion Size)

ผู้ป่วยมีขนาดกระเพาะเล็กลงแตกต่างกันหลังการผ่าตัด โดยเฉลี่ยจะสามารถทานได้ประมาณ 120 ซีซี ต่อมื้อ ผู้ป่วยควรหยุดทานเมื่อรู้สึกอิ่มแน่น มิฉะนั้นอาจทำให้เกิดการอาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก แน่นที่ลำคอกลืนไม่ได้ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้กระเพาะขยายได้และทำให้น้ำหนักเพิ่มได้ ดังนั้นผู้ป่วยต้องเรียนรู้ปริมาณอาหารที่พอเหมาะทานแล้วไม่อิ่มแน่นเกินไป

กินเร็วแค่ไหนและต้องเคี้ยวอย่างไร

ต้องกินอย่างช้าๆ และเคี้ยวให้ละเอียดที่สุด

เพื่อให้กระเพาะส่งสัญญาณไปที่สมองว่าอิ่ม

เพื่อให้ได้ลิ้มรสอาหาร

เพื่อให้อาหารเล็กลงก่อนที่จะกลืน ระบบย่อยอาหารทำงานได้ดีขึ้นช่วยให้การดูดซึมสารอาหารต่างๆ ดีขึ้น

3. การออกกำลังกายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก

ประโยชน์ด้านสมรรถภาพกายภาพที่เกิดจากการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดรักษาโรคอ้วน

1. อายุขัยเพิ่มขึ้น
2. การลดไขมันหน้าท้อง
3. หัวใจ กล้ามเนื้อ กระดูก และปอดแข็งแรงขึ้น
4. ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ
5. ความดันโลหิตลดลง

6. ไตรกลีเซอไรด์ลดลง
7. เพิ่มขึ้นคอเลสเตอรอลที่ดีและลดคอเลสเตอรอลที่ไม่ดี
8. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น
9. การควบคุมอินซูลินดีขึ้น
10. ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเมร็งบางชนิด
11. ใช้พลังงานมากขึ้น
12. ปรับความสมดุล การทรงตัว ได้ดีขึ้น

ประโยชน์ด้านจิตใจที่เกิดจากการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดรักษาโรคอ้วน

1. สุขภาพจิตดีขึ้น
2. มีแรงจูงใจและมีจิตใจที่แน่นอน
3. ความต้องการทางเพศดีขึ้น

ควรออกกำลังกายเมื่อใดจึงปลอดภัยภายหลังผ่าตัดรักษาโรคอ้วน

โดยทั่วไปการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลดความอ้วนสามารถเริ่มได้อย่างปลอดภัยภายใน 3 สัปดาห์หลังการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยได้กลับไปพักที่บ้าน สามารถออกกำลังกายได้เลยโดยพิจารณาตามสภาพร่างกายตัวเองก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดลดอ้วน การออกกำลังกายในช่วงแรกควรเริ่มต้นด้วยการเดิน ยกเว้นกรณีมาก่อนผ่าตัดมีอาการแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่จำกัดการเดินอยู่ แต่ถ้าไม่มีข้อห้าม สามารถเดินด้วยการก้าวช้าและค่อยๆ เพิ่มความเร็วเท่าที่ร่างกายสามารถทนได้ระยะเวลา 20 - 30 นาทีต่อวัน

ในระยะแรก (3-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด) สามารถแบ่งการออกกำลังกายได้เป็นช่วงๆ ตลอดทั้งวัน แทนการออกกำลังกายครั้งเดียว ตัวอย่างเช่นครั้งละ 10 นาที แบ่งทำเป็นสามรอบ เช้า เที่ยง และเย็น เมื่อสภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น (แนะนำหลังจาก 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด) ให้เพิ่มความหนักของการออกกำลังกายโดยเดินเร็วขึ้น รวมทั้งเพิ่มการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของร่างกาย

การออกกำลังกายที่ดีสำหรับการผ่าตัดรักษาโรคอ้วน

ควรมีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของร่างกายทั้ง 3 ด้าน คือ

1. ความทนทาน การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทานสำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดรักษาโรคอ้วน ถ้าไม่มีข้อจำกัดใดๆ แนะนำ

การเดิน โดยอาจเริ่มด้วยการนับก้าวเดินด้วยเครื่องนับก้าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตั้งเป้าหมาย เช่นตั้งเป้าหมายเดินเพิ่มขึ้น 10% โดยอาจแบ่งการเดินเป็นช่วงๆ ต่อวันในระยะแรกๆ หลังการผ่าตัดรักษา

ฮูลาฮูป เป็นการออกกำลังกายที่ให้ความสนุกสนาน สามารถปรับปรุงความทนทานได้อีกด้วย อีกทั้งสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว แขน และขา เนื่องมาจากวิธีการเล่นต้องใช้ การแกว่งรอบๆ เอว และมีการแกว่งแขน ขา ร่วมด้วย

จักรยานอยู่กับที่ (stationary bicycle) ที่บ้านหรือในยิม

การว่ายน้ำ ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดรักษาโรคอ้วน เพราะมีน้ำหนักเยอะซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อข้อต่อ ซึ่งการว่ายน้ำทำให้เกิดความทนทาน ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นและมีผลกระทบในข้อต่อน้อยที่สุด และได้ทำงานทุกส่วนร่างกาย

2. ความยืดหยุ่น ประโยชน์ของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อคือ ความยืดหยุ่นมากขึ้นทำให้รู้สึกสบายมากขึ้น นำไปสู่สภาพจิตใจที่ดีขึ้นและความเครียดลดลง ช่วยเพิ่มการประสานงานการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อ

หลักการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

1. การยืดกล้ามเนื้อให้รู้สึกตึงๆ
2. ค้างไว้ 5-10 วินาที หายใจออกขณะยืดกล้ามเนื้อ
3. ทำซ้ำๆ ประมาณ 5-10 ครั้ง /ท่า

3. ความแข็งแรง แนะนำ 2 วิธีเพื่อสร้างความแข็งแรง

ลูกบอลสำหรับออกกำลังกาย (Exercise balls) การออกกำลังกายโดยใช้บอลเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลาง เพียงใช้นั่งทำงาน หรือนั่งดูโทรทัศน์ เป็นต้น

การใช้น้ำหนักเป็นแรงต้าน จะเริ่มใช้ดัมเบลน้ำหนักเบา 1-5 ปอนด์ เพิ่มน้ำหนักที่คุณใช้เมื่อคุณสามารถที่จะทำซ้ำ 3 เซต 15 หรือ 20 ครั้งต่อเซต

4. การใช้วิตามินและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้ป่วยผ่าตัดรักษาโรคอ้วน

หลังจากได้รับการผ่าตัดรักษาโรคอ้วนร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดวิตามิน เนื่องจากร่างกายถูกลดความสามารถในการดูดซึมวิตามิน และร่างกายไม่สามารถกักเก็บอาหารไว้นานพอเพื่อดูดซึมวิตามินได้เต็มที่ ดังนั้นร่างกายต้องได้รับวิตามินและแร่ธาตุที่ถูกชนิดและขนาดเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากทำให้สุขภาพแข็งแรง แล้วยังช่วยลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายอีกด้วย

กรณีผู้ป่วยไม่รับประทานวิตามินเสริมจะทำให้เกิดภาวะต่างๆดังนี้

ภาวะขาดแคลเซียม ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน

ภาวะขาดธาตุเหล็ก ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง (ภาวะร่างกายมีขาดเม็ดเลือดแดงในการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย) เพิ่มอาการอ่อนแรงและผมร่วง

ภาวะขาดโฟเลต (กรดโฟลิก) ทำให้เกิดโรคโลหิตจาง

ภาวะขาดโปรตีน โปรตีนเป็นสารอาหารสำคัญของร่างกายในการซ่อมแซมอวัยวะต่างๆ หากขาดโปรตีนจะส่งผลให้เกิดปัญหามากมาย เช่น กล้ามเนื้อฝ่อ อวัยวะล้มเหลว นิ้วในถุงน้ำดี และถึงขั้นเสียชีวิต

ภาวะขาดโทอะมิน (วิตามินบี 1) ส่งผลต่อหัวใจ ระบบย่อยอาหารและระบบประสาท หากวินิจฉัยและทำการรักษาได้ช้า จะกระทบต่อการรับรู้และความจำอย่างถาวร เกิดอาการโคม่าและเสียชีวิตในที่สุด

ภาวะขาดวิตามินเอ เกิดภาวะตาบอดกลางคืน เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคและตายจากการติดเชื้อ ระหว่างการตั้งครรภ์หลังการผ่าตัดรักษาโรคอ้วนจะเพิ่มความเสี่ยงภาวะตาบอดกลางคืน และทารกในครรภ์เสียชีวิต

ภาวะขาดวิตามินบี 12 ส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนแรงและเหน็บชาตามมือ โรคโลหิตจาง และความผิดปกติของระบบประสาท

ภาวะขาดวิตามินดี เกิดความผิดปกติของตับและไต โรคกระดูก

ภาวะขาดวิตามินอี เกิดความผิดปกติระบบประสาท โรคโลหิตจางและแผลหายช้า

ภาวะขาดวิตามินเค เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน โรคหัวใจ และเกิดการฟกช้ำได้ง่ายขึ้น

การวินิจฉัยการเกิดภาวะต่างๆ ข้างต้น คือการเจาะวัดระดับในเลือด ในขณะที่การวินิจฉัยจากอาการหรือการตรวจร่างกายแพทย์อาจสับสนกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ดังนั้นทางที่ดีที่สุดคือรับประทานวิตามินตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด

5. ความสำคัญของการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน หรือกลุ่มสนับสนุน

ประโยชน์และเป้าหมายของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

ช่วยให้สมาชิกกลุ่มประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักและรักษาระดับของน้ำหนักให้คงที่ได้เพิ่มเติมความรู้สึกลึกและแรงใจในด้านต่างๆ ซึ่งไม่ค่อยได้รับจากครอบครัวและเพื่อน เรียนรู้จากเพื่อนร่วมกลุ่มที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน ทั้งคำแนะนำและกำลังใจในเรื่องต่างๆ

- ความกลัวก่อนผ่าตัด
- การเตรียมพร้อมสำหรับอนาคต
- การเรียนรู้สิ่งที่ยุ่งยากและวิธีหลีกเลี่ยง
- หลุดพ้นจากความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจในการลดน้ำหนัก
- เรียนรู้การใช้ชีวิตแบบใหม่ในโลกใบเดิม
- เรียนรู้การใช้ชีวิตนอกบ้านและในบ้านที่สัมพันธ์กับการกินอาหารที่เปลี่ยนไป
- สูตรอาหารหลังผ่าตัด
- คำแนะนำเกี่ยวกับการดำรงชีวิตในครอบครัวและที่ทำงาน

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นสื่อกลางในการแบ่งปันความรู้ ทักษะ และตอบคำถามที่สมาชิกสงสัยโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

มีโอกาสดำเนินชีวิตเป็นผู้บรรยายเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมผู้รักษา

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่ดีเป็นอย่างไร

1. มีตารางการพบปะสม่ำเสมอ เช่น วันจันทร์แรกของเดือน
2. มีทีมผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้นำกลุ่ม ได้แก่ แพทย์ผู้รักษา โภชนากร พยาบาล หรือนักจิตวิทยาการปรึกษา
3. มีกระบวนการให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นทั่วทุกคน
4. สร้างพลังร่วมเชิงบวก มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและค้นหาความท้าทายในการร่วมกลุ่ม ให้สมาชิกได้รับกำลังใจ ได้แนวทางในการดูแลตนเองเมื่อจบการเข้าร่วมกลุ่มในวันนั้นๆ

เมื่อกลุ่มที่เข้าร่วม ไม่มีข้อกำหนดทั้ง 4 ข้อข้างต้น ควรเปลี่ยนกลุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มที่เหมาะสมมากขึ้น

ปัจจัยที่ควรพิจารณาในการเข้าร่วมกลุ่ม

โดยธรรมชาติของมนุษย์ ไม่มีรูปแบบสำเร็จรูปที่เหมาะสมกับทุกคน ดังนั้น สมาชิกสามารถ ค้นหาสิ่งที่เหมาะสมกับตัวสมาชิกเองได้ โดยมีปัจจัยดังนี้

จำนวนสมาชิกในกลุ่มที่ไม่ใหญ่หรือเล็กเกินไป เพื่อให้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) กันได้อย่างทั่วถึง

กลุ่มต้องเปิดโอกาสให้สมาชิกแลกเปลี่ยนในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เช่น อาหารและ โภชนาการ การดำรงชีวิตหลังผ่าตัด และในบางครั้งการทำกลุ่มเฉพาะเรื่อง (Focus Group) เป็น ประโยชน์เช่นกัน

เข้ากลุ่มแล้วต้องรู้สึกสบายและอบอุ่นใจ

กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต้องสามารถสร้างบรรยากาศให้สมาชิกรู้สึกได้รับการ ต้อนรับ และเป็นที่สำหรับบอกเล่าความรู้สึกต่างๆ ได้อย่างอิสระ ตรงไปตรงมา

จะหากกลุ่มแบบนี้ได้อย่างไร

- สอบถามจากทีมผู้รักษา เช่น ศัลยแพทย์ พยาบาล ฯลฯ
- กลุ่มของทีมโรงพยาบาล หรือกลุ่มที่ทางทีมผู้รักษาส่งต่อ
- กลุ่มที่เปิดโอกาสให้เปลี่ยนกลุ่มได้หากไม่สะดวกหรือไม่สบายใจในการเข้ากลุ่ม
- หากไม่มีกลุ่มที่เหมาะสม ลองจัดตั้งกลุ่มของตนเอง โดยขอความช่วยเหลือจากทีม ผู้ดูแลในการจัดตั้งกลุ่มใหม่

ภาวะน้ำหนักตัวกลับมาเพิ่มภายหลังการผ่าตัด (Weight regain after weight loss surgery)

ภายหลังจากการผ่าตัด bariatric procedures น้ำหนักจะลดลงมาก ช่วง 1-2 ปีแรก อัตรา การลดลงของน้ำหนักจะเริ่มคงที่เมื่อผ่านไป 1 หรือ 2 ปี หลังจากนั้นผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะน้ำหนัก ตัวที่เพิ่มขึ้นจากจุดต่ำสุด 8-10 เปอร์เซ็นต์ อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามที่แพทย์ แนะนำอย่างเคร่งครัด จะทำให้โอกาสที่จะกลับไปอ้วนอีกน้อยมาก การผ่าตัดชนิด malabsorptive procedures เช่น gastric bypass หรือ duodenal switch มีผลต่อการลดของน้ำหนักมากกว่า การ ผ่าตัดแบบ restrictive surgery เช่น gastric banding หรือ sleeve gastrectomy ประมาณ 10-15 เปอร์เซ็นต์

คำแนะนำในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำหนักตัวกลับมาเพิ่มหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกคนควรระลึกเสมอว่า การผ่าตัดเป็นเพียงเครื่องมือช่วยในการลด น้ำหนักเท่านั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือการตั้งใจในการดูแลสุขภาพร่างกาย การกินอาหารที่ถูกต้อง ปริมาณ เหมาะสม และ การออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้กลับมาเป็นโรคอ้วนอีกครั้ง

1. การควบคุมน้ำหนักตัวก่อนการผ่าตัด การมีความตั้งใจในการควบคุมน้ำหนักก่อนการ ผ่าตัดนอกจากจะส่งผลดีต่อการผ่าตัดช่วยให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้ง่ายขึ้นแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะการ ควบคุมน้ำหนักภายหลังการผ่าตัดด้วย ฉะนั้น ผู้ป่วยควรตั้งใจควบคุมน้ำหนักก่อนการผ่าตัดอย่าง จริงจัง ดัชนีมวลกายก่อนการผ่าตัด (BMI) มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักระยะยาวหลังจาก การผ่าตัด

2. การรับประทานอาหารและน้ำภายหลังจากการผ่าตัด โดยทั่วไปหลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่ควรรับประทานอาหารพร้อมกันกับน้ำ หรืออาหารเหลว เนื่องจากการทานน้ำร่วมกันจะทำให้อาหารผ่านลงสู่ลำไส้เร็วขึ้น ทำให้กระเพาะอาหารว่างและกระตุ้นให้เกิดการหิว ดังนั้น ควรดื่มน้ำห่างจากมื้ออาหารประมาณครึ่งถึง 1 ชั่วโมง

3. การควบคุมอาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารทานเล่น และการดื่มแอลกอฮอล์ หลังการผ่าตัดควรปฏิบัติตามคำแนะนำของนักโภชนาการในการเลือกรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณ แคลอรีสูง หรือเข้มข้น หลีกเลี่ยงการทานอาหารทานเล่น ควรหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การรับประทานอาหารที่มีความเข้มข้นสูงอาจก่อให้เกิดภาวะ dumping syndrome ทำให้มีอาการปวดท้อง หรือ ร่วมกับ อาการ หน้ามืด เป็นลม หรือ ท้องเสียร่วมด้วย การดื่มแอลกอฮอล์ หลังผ่าตัด ควรระวังไว้เสมอว่า แอลกอฮอล์ที่ดื่มไปนั้น สามารถผ่านลงสู่ลำไส้และดูดซึมได้เร็วกว่าปรกติมาก ทำให้เกิดการมึนเมา แม้ดื่มในปริมาณเล็กน้อยก็ตาม

4. การออกกำลังกาย ภายหลังจากการผ่าตัด ผู้ป่วยควรจะทำกิจกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ควรปรึกษาทีมแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด ในกรณีที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เพื่อการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

5. การเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (bariatric supporting group) ภายหลังจากการผ่าตัดการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันจะช่วยเสริมสร้างกำลังใจ และแรงจูงใจในการลดน้ำหนักได้อย่างดี มีรายงานว่า ผู้เข้าร่วมและมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มจะมีโอกาสลดดัชนีมวลกายมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมถึง 10 เปอร์เซ็นต์ การเข้าร่วมกลุ่มช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวลภายหลังจากการผ่าตัด

6. มาตามนัดกับแพทย์ทุกครั้ง แพทย์และนักโภชนาการจะเฝ้าติดตาม การลดของน้ำหนักผู้ป่วยเป็นระยะๆ หากน้ำหนักไม่ลดลงตามที่ควรจะเป็น จะทำการสืบสวนหาสาเหตุและแก้ไขได้ในระยะแรกๆ

7. การตรวจประเมินภายหลังจากผ่าตัด เมื่อผ่าตัดครบ 1 ปี ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินขนาดกระเพาะอาหาร และเส้นรอบวงรอยต่อ โดยการทำการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบน (flexible esophagogastroduodenoscopy) หากพบว่ารอยต่อมีการขยายมาก หรือกระเพาะอาหารมีการขยายมาก อาจจำเป็นต้องทำการลดขนาดรอยต่อ หรือ ลดขนาดกระเพาะอาหาร เพิ่มเติม

การผ่าตัดในกรณีที่เกิดการเพิ่มของน้ำหนักตัวหลังจากการผ่าตัดครั้งแรก (Revision surgery)

ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นได้จากการขยายของกระเพาะอาหาร แพทย์อาจพิจารณาผ่าตัดเพื่อลดขนาดกระเพาะอาหารที่ขยาย หรือ เพิ่มการผ่าตัดเพื่อลดการดูดซึม (malabsorptive procedure) เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยทำการผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร (sleeve gastrectomy) อาจเปลี่ยนเป็นผ่าตัดแบบบายพาส (gastric bypass) หรือ พิจารณาเย็บกระเพาะอาหารให้เล็กลงโดยการทำให้ gastric plication ในกรณีที่ผู้ป่วยทำบายพาสมาก่อน แพทย์อาจพิจารณาเพิ่มความยาวของลำไส้ในส่วนที่ bypass เพื่อหวังผลให้เกิดการลดการดูดซึมที่มากขึ้น

อนึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหลังการผ่าตัดควรได้รับคำปรึกษาจากทีมแพทย์ นักโภชนาการ รวมถึงนักกายภาพบำบัด ร่วมกันเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย ไม่ควรไปหาซื้อผลิตภัณฑ์ หรือ ยาในการลดน้ำหนักมาทานเอง เนื่องจากการย่อย และการดูดซึม ภายหลังจากผ่าตัดไม่เหมือนภาวะปกติ อาจก่อให้เกิดผลเสีย และภาวะทุพโภชนาการ ขาดวิตามิน หรือ แร่ธาตุบางชนิดได้

การผ่าตัดกระชับรูปร่างภายหลังการผ่าตัดลดความอ้วน (Post bariatric Body Contouring)

ปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเพื่อลดความอ้วนเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการผ่าตัดลดความอ้วนทำให้ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัดอย่างชัดเจน อีกทั้งยังช่วยให้สามารถช่วยคุมหรือรักษาโรคประจำตัวหายให้ขาดได้ ส่งผลให้อายุขัยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นภายหลังการผ่าตัดลดความอ้วน

เนื่องจากการผ่าตัดลดความอ้วนทำให้น้ำหนักของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับผู้ป่วยมักมีน้ำหนักก่อนผ่าตัดที่เกินเกณฑ์ค่อนข้างมาก ทำให้หลังผ่าตัดผู้ป่วยมักมีภาวะหนังส่วนเกิน และหย่อนคล้อยซึ่งมีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การเสียดสีของผิวหนัง การเคลื่อนไหวติดขัด กลืนตัว ความยากลำบากในการรักษาความสะอาด ผิวหนังติดเชื้อ การสูญเสียความมั่นใจ ไม่กล้าแต่งตัว ไม่กล้าถอดเสื้อผ้าในที่สาธารณะ เป็นต้น

ปัจจุบันการผ่าตัดกระชับรูปร่าง (Body Contouring) เป็นการรักษามาตรฐานในการรักษา กลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว (Massive weight loss) ทั้งที่เกิดจากการผ่าตัดและไม่ได้เกิดจากการผ่าตัด โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยกลับมา มีรูปร่างที่ดี กระชับ แก่ไขผลแทรกซ้อนจากการมีผิวหนังส่วนเกินและยังทำให้ผู้ป่วยกลับมา มีความมั่นใจอีกครั้ง โดยมีการประเมินก่อนการผ่าตัดกระชับรูปร่างภายหลังการผ่าตัดลดความอ้วนดังนี้

การประเมินก่อนการผ่าตัดกระชับรูปร่าง

1. ระยะเวลา โดยส่วนใหญ่การผ่าตัดกระชับรูปร่าง มักจะทำภายหลังการผ่าตัดลดความอ้วนแล้วเป็นระยะเวลาประมาณ 12-18 เดือน โดยจุดประสงค์เพื่อรอให้น้ำหนักลดลงให้ได้ร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักเป้าหมาย

2. ความคงที่ของน้ำหนักผู้ป่วย น้ำหนักของผู้ป่วยต้องคงที่ เปลี่ยนแปลงไม่เกิน 2-3 กก./เดือน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3-6 เดือนก่อนผ่าตัด

3. ดัชนีมวลกาย (Body mass Index, BMI) ภายหลังการผ่าตัดลดน้ำหนักดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ด้านความสวยงามหลังการผ่าตัด

ดัชนีมวลกาย 25-30 กก./ม.2 เป็นดัชนีมวลกายที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการผ่าตัดกระชับสัดส่วน เนื่องจากได้ผลลัพธ์ด้านความสวยงามที่สูงที่สุด และมีผลแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดน้อยที่สุด

ดัชนีมวลกาย 30-35 กก./ม.2 ถือว่าอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้สำหรับการผ่าตัดกระชับสัดส่วน แต่ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป

ดัชนีมวลกาย 35-40 กก./ม.2 การผ่าตัดจะไม่หวังผลด้านความสวยงาม แต่อาจจะผ่าตัดเพื่อลดอาการ และผลแทรกซ้อนของภาวะหนังเกิน เช่น แผลกดทับจากไขมันและหนังส่วนเกิน

ดัชนีมวลกายที่มากกว่า 40 กก./ม² ไม่แนะนำให้เข้ารับการผ่าตัดกระชับสัดส่วน เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง และมักไม่ได้ผลด้านความสวยงาม

4. ภาวะโภชนาการ (Nutrition status) เนื่องจากการผ่าตัดในแต่ละครั้งทำให้ร่างกายใช้โปรตีนและพลังงานเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดลดความอ้วนมาแล้ว มักจะมีปัญหาด้านการดูดซึม ขาดสารอาหารทั้งโปรตีนและวิตามินเกลือแร่ต่างๆ ดังนั้นผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดกระชับสัดส่วนทุกราย ต้องไม่มีภาวะทุพโภชนาการ เพื่อลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

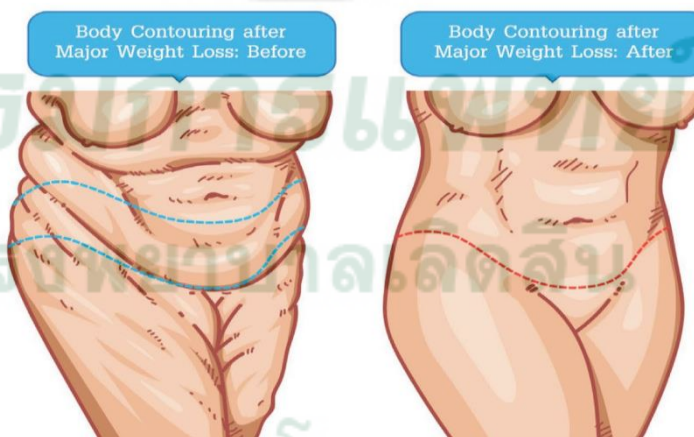
5. โรคประจำตัวร่วม เนื่องจากผู้ป่วยโรคอ้วนมักมีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค แม้ว่าการผ่าตัดลดความอ้วนจะสามารถทำให้ควบคุมโรคประจำตัวได้ดีขึ้น แต่อาจไม่หายขาด ดังนั้นการควบคุมโรคประจำตัวให้ดีจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนทั้งระหว่างผ่าตัด และภายหลังผ่าตัดได้เป็นอย่างดี

6. ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ควรหยุดสูบก่อนเข้ารับการผ่าตัดอย่างน้อย 1-2 เดือน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจ และบาดแผลภายหลังการผ่าตัด

7. ภาวะสังคมและจิตใจ ผู้ป่วยโรคอ้วนมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าคนที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติหลายเท่า แม้ว่าน้ำหนักจะลดลงภายหลังการผ่าตัดลดความอ้วน แต่อาการของโรคซึมเศร้า ความกังวล ความไม่มั่นใจในตัวเอง และ การมองรูปร่างตัวเองว่าไม่ดียังคงไม่หายไป ผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสภาวะจิตใจร่วมด้วย นอกเหนือจากสภาวะจิตใจของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยควรต้องพูดคุยกับศิัลยแพทย์เพื่อบอกถึงความคาดหวังในการเข้ารับการผ่าตัดกระชับสัดส่วน เนื่องจากการผ่าตัดกระชับสัดส่วนไม่เพียงแต่สามารถรักษาด้วยการตัดเอาออกเท่านั้น แต่ไขมันส่วนเกินยังสามารถโยกย้าย หรือนำไปเพิ่มปริมาณในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการได้อีกด้วย เช่นบริเวณเต้านม หรือบริเวณสะโพก

ตัวอย่างการผ่าตัดกระชับสัดส่วน แบ่งตามส่วนของร่างกาย

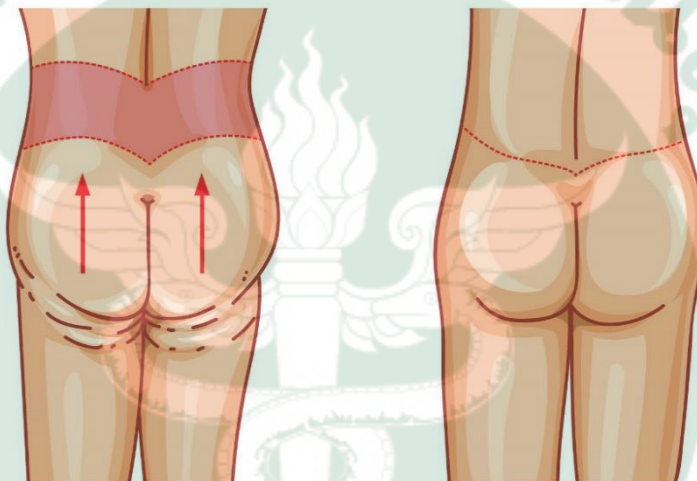
1. หน้าท้อง หน้าท้องเป็นส่วนที่ผู้ป่วยมักให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก และยังเป็นส่วนที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านความไม่สะอาดได้ง่าย การผ่าตัดกระชับสัดส่วนบริเวณผนังหน้าท้องนอกจากทำให้ผิวหนังกระชับขึ้นแล้ว ยังทำให้ผนังหน้าท้องกระชับมากขึ้นอีกด้วย



ภาพที่ 7 ภาพแสดงกายหลังการผ่าตัดกระชับหน้าท้อง

หมายเหตุ. จาก :โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2. หลัง ไขมันส่วนเกินบริเวณหลังมักมาในรูปของริ้ว (rolls) หากมีไขมันส่วนเกินจนเกิดเป็นริ้ว การผ่าตัดจะเป็นการแก้ไขไขมันส่วนเกินบริเวณนี้ได้ดีที่สุด การผ่าตัดบริเวณนี้มักจะทำควบคู่กับการยกสะโพกพร้อมๆ กัน



ภาพที่ 8 ภาพแสดงภายหลังการผ่าตัดกระชับหลังและสะโพก

หมายเหตุ. จาก : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3. ต้นขา บริเวณต้นขาเป็นอีกส่วนที่ผู้ป่วยมักให้ความสำคัญ หากมีไขมันส่วนเกินปริมาณไม่มาก การดูดไขมันเพียงอย่างเดียวอาจเพียงพอ แต่หากมีไขมันส่วนเกินที่มากอาจจำเป็นต้องทำการผ่าตัดร่วมด้วย



ภาพที่ 9 ภาพแสดงภายหลังการผ่าตัดกระชับต้นขา

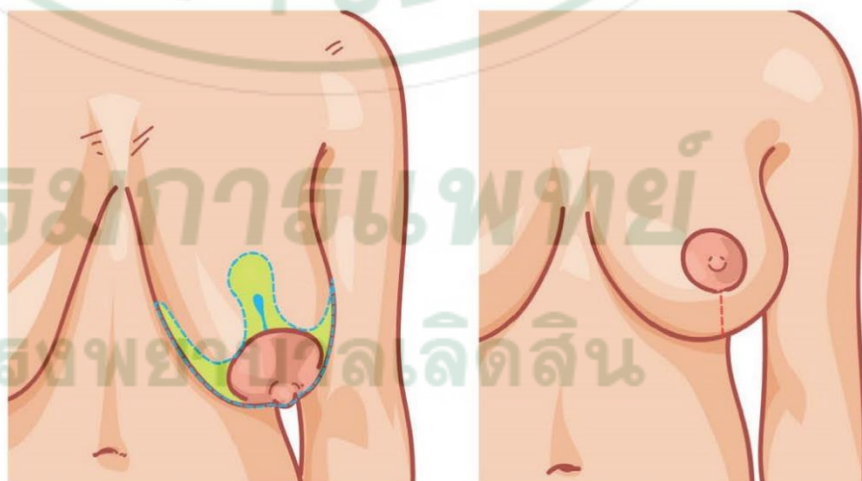
หมายเหตุ. จาก : โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

4. **ต้นแขน** การผ่าตัดอาจเพิ่มความสวยงามได้เพียงเล็กน้อย จุดประสงค์หลักของการผ่าตัด กระชับต้นแขนมักเพื่อลดความผิดปกติ และหย่อนคล้อยของต้นแขนมากกว่า



ภาพที่ 10 ภาพแสดงภายหลังการผ่าตัดกระชับต้นแขน
หมายเหตุ. จาก :โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

5. **หน้าอกและเต้านม** การผ่าตัดหน้าอกและเต้านมภายหลังการลดน้ำหนักขึ้นกับปัจจัยหลักๆ สองส่วนคือ ความหย่อนคล้อยของเต้านม และขนาดเต้านม ดังนั้นการผ่าตัดบริเวณนี้จึงขึ้นกับลักษณะเต้านม และความต้องการของขนาดเต้านมของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป



ภาพที่11 ภาพแสดงภายหลังการผ่าตัดกระชับเต้านม
หมายเหตุ. จาก :โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ระหว่างและหลังการผ่าตัด

เลือดคั่งใต้ผิวหนัง (Hematomas) พบได้ร้อยละ 1-5

น้ำเหลืองคั่งใต้ผิวหนัง (Seromas) พบได้ร้อยละ 13-37

ปัญหาเรื่องแผลเช่น แผลผ่าตัดแยก (ร้อยละ 22-30) แผลติดเชื้อ (ร้อยละ 1-7) แผลขาด เลือดมาเลี้ยง (ร้อยละ 6-10) รอยแผลเป็นหลังผ่าตัด

ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด หรืออุดตันปอด (Deep vein thrombosis or Pulmonary embolism) พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1

ได้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน การใช้ยาสตีรอยด์ และผู้ป่วยที่ดื่มนมวกลายก่อนผ่าตัดสูง

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural Effusion)

ภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) คือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการมีน้ำ/ของเหลวเข้าไปสะสมอยู่ในโพรงเยื่อหุ้มปอดมากผิดปกติ จึงก่อให้เกิดอาการต่างๆ ขึ้น เช่น ไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หอบเหนื่อย ถ้าอาการมากจะนอนราบไม่ได้

เยื่อหุ้มปอด (Pleura) คือเนื้อเยื่อบางๆ ที่ห่อหุ้มเนื้อเยื่อปอดทั้งหมด โดยมีหน้าที่ปกป้องปอด เยื่อหุ้มปอดจะมี 2 ชั้น ระหว่างชั้นทั้งสองจะเป็นโพรงหรือเป็นช่อง เรียกว่า โพรงเยื่อหุ้มปอด หรือช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural cavity) ซึ่งในโพรงนี้มีของเหลวในปริมาณเล็กน้อยประมาณ 0.1 - 0.2 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวของคนๆ นั้น 1 กิโลกรัมที่หล่อลื่นเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ชั้น ไม่ให้เสียดสีกัน ปริมาณน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอดจะถูกควบคุมด้วย 2 กลไกสำคัญ คือ จากความดันในหลอดเลือดของเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ชั้น ซึ่งจะส่งผลให้น้ำ/ของเหลวซึมผ่านผนังหลอดเลือดเข้าสู่โพรงเยื่อหุ้มปอดและจากการดูดซึมน้ำ/ของเหลวของระบบน้ำเหลืองกลับเข้าสู่หลอดเลือดดำของเยื่อหุ้มปอดและเข้าสู่ร่างกาย ตามลำดับซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้ต้องอยู่ในสมดุล ปริมาณน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอดจึงจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ถ้ามีการเสียสมดุลของปัจจัยทั้ง 2 นี้ด้วยสาเหตุอะไรก็ตาม เช่น มีน้ำ/ของเหลวซึมผ่านหลอดเลือดเยื่อหุ้มปอดมากขึ้น หรือระบบน้ำเหลืองไม่สามารถดูดซึมน้ำ/ของเหลวกลับเข้าสู่หลอดเลือดดำ/ร่างกายได้ ก็จะทำให้เกิดภาวะมีน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอด

ตรวจพบ

ได้จากการถ่ายภาพปอดด้วยเอกซเรย์เทคนิคเฉพาะ คือถ่ายภาพในท่านอนตะแคงด้านที่สงสัยมีความผิดปกติ (Lateral decubitus) ปริมาณน้ำ/ของเหลวในโพรงจะต้องมีปริมาณตั้งแต่ 50 มิลลิลิตรขึ้นไปทั้งนี้การถ่ายภาพเอกซเรย์เทคนิคปกติ (ถ่ายในท่านอน) จะสามารถตรวจได้ว่ามีน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอด มักจะต้องมีปริมาณน้ำอย่างน้อยประมาณ 200 - 300 มิลลิลิตรขึ้นไป ซึ่งเป็นปริมาณที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการผิดปกติด้วย เช่น เหนื่อยง่ายขึ้นเมื่อต้องออกกำลังกาย

สาเหตุที่พบบ่อย

ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะเมื่อเกิดจากการล้มเหลวของหัวใจห้องล่างซ้าย โรคตับเรื้อรัง เช่น โรคตับแข็ง โดยเฉพาะระยะที่ส่งผลให้มีโปรตีนในเลือดต่ำ โรคปอด ที่ส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบไม่ขยายตัว เช่น จากโรคมะเร็งปอด การสำลักไ้ผ่านทางช่องท้อง โรค/สาเหตุอื่นๆ ที่พบน้อย เช่น โรคมะเร็งปอด พบได้ประมาณ 5% ของมะเร็งปอด ที่เหลือจะเป็นน้ำ/ของเหลวชนิดสังเคราะห์ขึ้น โรคลิ้นหัวใจตีบที่เกิดกับลิ้นหัวใจที่กั้นระหว่างห้องซ้ายบนและห้องซ้ายล่าง (Mitral stenosis) โรคเยื่อหุ้มหัวใจหรือถุงหุ้มหัวใจอักเสบชนิดที่ก่อให้เกิดการบีบรัดหัวใจ (Constrictive pericarditis) หัวใจล้มเหลวจากภาวะขาดไทรอยด์ฮอร์โมนอย่างรุนแรง

อาการที่พบบ่อย คือ

1. แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ด้านมีน้ำ/ของเหลว
2. หายใจลำบาก/หายใจเหนื่อยหอบ หายใจเร็วผิดปกติ
3. นอนราบแล้วหายใจไม่ได้ ต้องนั่ง หรือนอนเอนตัว
4. ไอเรื้อรัง จากน้ำ/ของเหลวก่อการระคายต่อเนื้อเยื่อปอด

5. สะอึก เพราะน้ำ/ของเหลวก่อการระคายต่อประสาทกระบังลม ในผู้ป่วยที่มีน้ำ/ของเหลวไม่มาก ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ แพทย์ตรวจพบโดยบังเอิญจากเอกซเรย์ภาพปอดจากตรวจโรคอื่นๆ เช่น จากการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัย

การซักถามประวัติทางการแพทย์จากผู้ป่วย ที่สำคัญเช่น ประวัติอาการ ประวัติการเจ็บป่วยต่างๆทั้งในอดีตและปัจจุบัน

การตรวจร่างกาย

การตรวจฟังเสียงหายใจด้วยหูฟัง (ซึ่งจะลดลง หรือหายไปขึ้นกับปริมาณน้ำ/ของเหลว)
การถ่ายภาพปอดด้วย เอกซเรย์ หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
การตรวจเสมหะและ/หรือการเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อการติดเชื้อ
การตรวจเสมหะทางเซลล์วิทยา (การตรวจทางเซลล์วิทยา) เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง
การเจาะดูดน้ำ/ของเหลวจากโพรงเยื่อหุ้มปอด เพื่อการตรวจหาสารต่างๆ (เช่น สารมะเร็ง สารก่อการอักเสบ) หาเชื้อโรค และ/หรือเซลล์มะเร็งและอาจร่วมกับการตรวจสปีคันเพิ่มเติมทั้งนี้ขึ้นกับ ความผิดปกติที่แพทย์ตรวจพบ และดุลพินิจของแพทย์ เช่นการส่องกล้องตรวจหลอดลม (Bronchoscope) และ/หรือการเจาะ/ดูดเซลล์จากเยื่อหุ้มปอด และ/หรือจากก้อนเนื้อในหลอดลม และ/หรือในปอดเพื่อการตรวจทางเซลล์วิทยาและ/หรือการตัดชิ้นเนื้อจากเยื่อหุ้มปอด และ/หรือก้อนเนื้อในหลอดลม และ/หรือในปอดเพื่อการตรวจทางพยาธิวิทยา

การรักษาสาเหตุ และการรักษาประคับประคองตามอาการ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการมักเป็นการรักษาในโรงพยาบาล

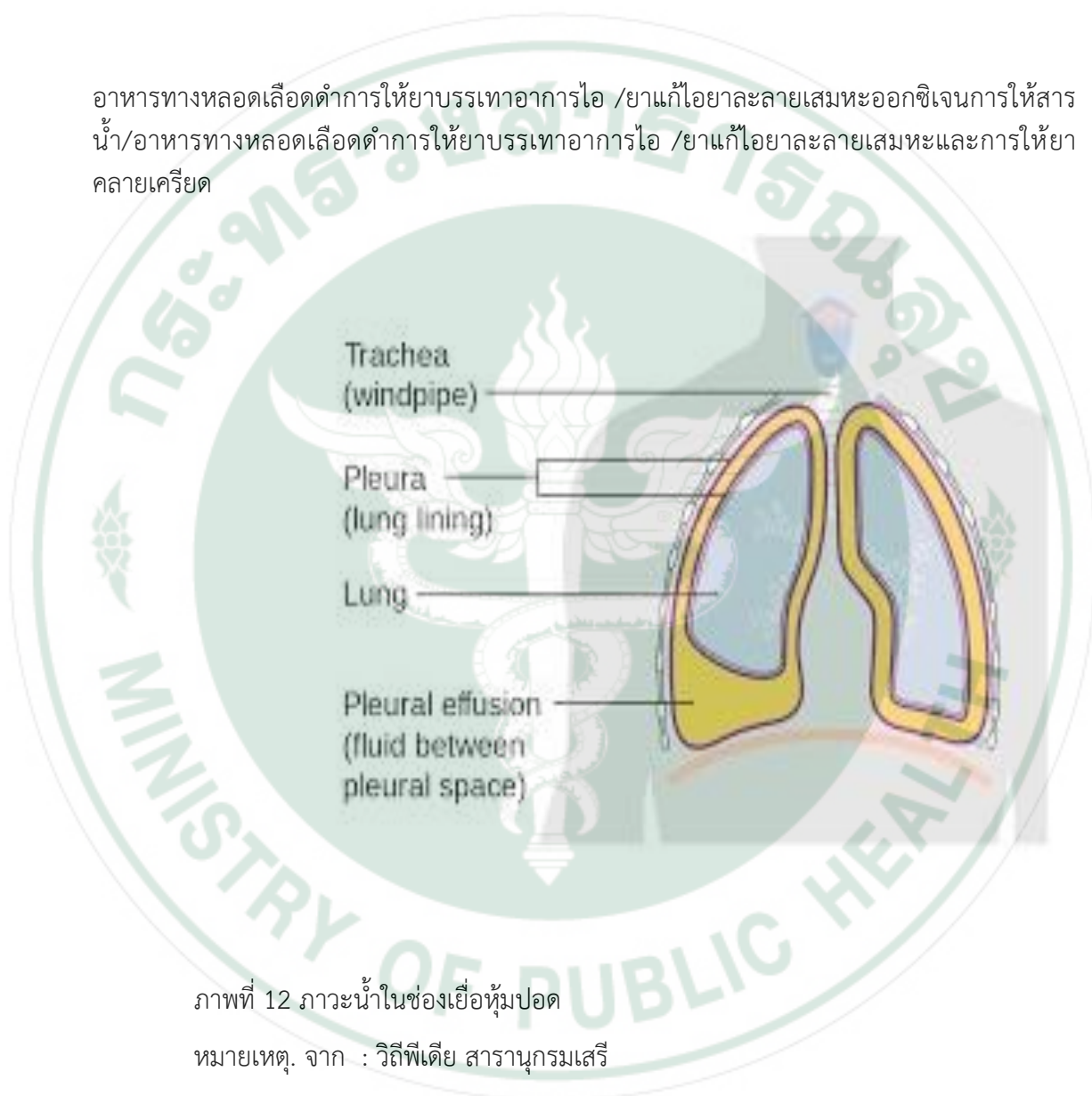
ก. การรักษาตามสาเหตุ

จะแตกต่างกันออกไปขึ้นกับแต่ละสาเหตุ เช่นการให้ยาปฏิชีวนะเมื่อน้ำ/ของเหลวเกิดจากปอดอักเสบ หรือปอดบวมจากติดเชื้อแบคทีเรีย การให้ยาต้านไวรัสเมื่อน้ำ/ของเหลวเกิดจากปอดอักเสบ ปวดบวม จากติดเชื้อไวรัสการรักษาควบคุมโรคออสโตอิมมูนเมื่อบุคคลเกิดจากโรคนี้หรือการรักษาโรคมะเร็งปอด อาจด้วยการให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา เมื่อสาเหตุเกิดจากโรคมะเร็งปอด เป็นต้น

ข. การรักษาประคับประคองตามอาการ: ที่สำคัญ คือ

การเจาะ/ดูดน้ำ/ของเหลวออกจากโพรงเยื่อหุ้มปอด เพื่อลดการกดเบียดทับเนื้อเยื่อปอด เพื่อให้เนื้อเยื่อปอดกลับมาขยายตัวได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ ลดอาการเหนื่อยหอบจากภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งการเจาะ/ดูดน้ำ/ของเหลวออกจากโพรงน้ำ อาจทำเป็นครั้งคราวตามอาการผู้ป่วยแต่บางครั้งถ้าปริมาณน้ำ/ของเหลวกลับเกิดซ้ำเร็วมากแพทย์อาจใส่ท่อเชื่อมระหว่างโพรงเยื่อหุ้มปอดและขวดเก็บน้ำ/ของเหลวภายนอกร่างกาย เพื่อระบายให้น้ำ/ของเหลวไหลออกมาได้ตลอดเวลาหรือบางครั้งอาจใส่ยาบางชนิดเข้าในโพรงเยื่อหุ้มปอด เพื่อให้เกิดการปิดตันของโพรงนี้ เพื่อไม่ให้น้ำ/ของเหลวขึ้นมาใหม่อีกทั้งนี้การจะเลือกใช้วิธีใดรักษา ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่นสาเหตุของการเกิดน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอด ปริมาณน้ำ/ของเหลวในโพรงฯ อัตราการเกิดน้ำ/ของเหลวในโพรงฯ ผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษาสาเหตุอายุ และ สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยและดุลพินิจของแพทย์นอกจากนี้คือการรักษาประคับประคองตามอาการอื่นๆ เช่น งดการออกกำลังกาย การให้ออกซิเจนการให้สารน้ำ/

อาหารทางหลอดเลือดดำการให้ยาบรรเทาอาการไอ / ยาแก้ไอ ยาละลายเสมหะออกซิเจนการให้สาร
น้ำ/อาหารทางหลอดเลือดดำการให้ยาบรรเทาอาการไอ / ยาแก้ไอ ยาละลายเสมหะและการให้ยา
คลายเครียด



ภาพที่ 12 ภาพน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด

หมายเหตุ. จาก : วิถีพีเดีย สารานุกรมเสรี

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่ผู้ป่วยมีความดันเลือดในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดให้ไหลเวียนไปตามหลอดเลือด ความดันเลือดประกอบด้วยสองค่า ได้แก่ ความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (ความดันช่วงหัวใจบีบ; systole) และความดันในหลอดเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (ความดันช่วง หัวใจคลาย; diastole) ความดันเลือดปกติขณะพักอยู่ในช่วง 100-140 มิลลิเมตรปรอท ในช่วงหัวใจบีบ และ 60-90 มิลลิเมตรปรอทในช่วงหัวใจคลาย ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หมายถึงผู้ที่มีความดันเลือดเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง กล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด หัวใจวาย หลอดเลือดโป่งพอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย และโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตที่สูงในระดับปานกลางก็มีความสัมพันธ์กับอายุขัยที่สั้นลง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมการกินอาหารสามารถช่วยลดความดันเลือดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวได้ สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแล้วไม่ได้ผล หรือไม่เพียงพอจำเป็นต้องรักษาด้วยยา

การประเมินความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 4 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป

Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optima	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

SBP = systolic blood pressure, DBP = diastolic blood pressure

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562

ชนิดของความดันโลหิตสูง

1. ความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิ (primary hypertension) หรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด ปัจจุบันพบว่า ความดันเลือดเพิ่มขึ้นตามอายุ และความเสี่ยงของการเป็นความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุนั้นสูง ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมหลายอย่างที่มีผลต่อความดันเลือด พฤติกรรมที่ช่วยลดความดันโลหิตอย่างชัดเจน เช่น การลดการบริโภคเกลือ การรับประทานผลไม้และอาหารที่มีไขมันต่ำ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก การลดการบริโภคแอลกอฮอล์ ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคคาเฟอีน และการขาดวิตามินดี เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง

2. ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ มีสาเหตุที่สามารถระบุได้ เช่น โรคไต ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย และภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป สาเหตุอื่นๆ เช่น โรคอ้วน การหยุดหายใจขณะหลับ การตั้งครรภ์ หลอดเลือดเอออร์ตาแคบ (coarctation of the aorta) ยาบางชนิดและสมุนไพร เช่น การบริโภคอะมเทคมากเกินไป และยาเสพติดบางชนิด

พยาธิสรีรวิทยา

ความดันโลหิตสูงไม่สามารถอธิบายกลไกได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามภาวะนี้เป็นความผิดปกติของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ปัจจัยใดก็ตามที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตจะเกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดที่ถูกปั๊มออกจากหัวใจต่อนาทีและความต้านทานปลายทางของหลอดเลือดเป็นสำคัญ สรุปได้คือ

1. ค่าของปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดและความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่งสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจบีบตัวแรงเพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เป็นผลให้ความดันโลหิตสูง
2. การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกมากกว่าปกติ ทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจและการหดตัวของเลือดมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
3. ระดับเรนินในหลอดเลือดสูงมีผลให้ angiotensin II สูง มีผลกระทบทำให้หลอดเลือดบีบตัวอย่างแรง เป็นการเพิ่มความต้านทานปลายทาง นอกจากนี้มีผลให้หลอดเลือดดำหดตัวทำให้ปริมาตรเลือดไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น
4. การเพิ่มการหลั่งของ aldosterone ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ไตเป็นผลให้ปริมาตรน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
5. ภาวะของโรคที่มีผลกระทบทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ เช่น ความผิดปกติที่ไตพยาธิสภาพของโรคจะไปกระตุ้นการทำงานของ rennin angiotensin aldosterone system มีผลทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้นเป็นผลให้เพิ่มปริมาตรน้ำในร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความต้านทานปลายทางเพิ่มขึ้น เช่น ไตวาย เป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง

1. พันธุกรรม อายุ เชื้อชาติ และเพศ สาเหตุเหล่านี้ยังอธิบายไม่ได้
2. การรับประทานอาหารเค็ม เชื่อว่าเกลือมีผลทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดในร่างกายทำให้กลไกของไตต่อระบบประสาทซิมพาเทติกสูงขึ้น
3. แอลกอฮอล์ คนที่ดื่ม 2-3 แก้วต่อวัน จะทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น
4. ความเครียด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

อาการและอาการแสดง

อาการเริ่มแรกที่พบ คือ ปวดศีรษะเนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยมักรู้สึกหลังตื่นนอนและเป็นบริเวณท้ายทอย มีเลือดกำเดาออก อาจมีอาการสับสน งุนงง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนซึ่งควรจะได้รับการรักษา ถ้าความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะมีผลต่อระบบต่างๆ ในร่างกายได้ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่

1. หัวใจและหลอดเลือด ส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัว มีการเกาะของสารไขมันที่ผนังหลอดเลือด หัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลทำให้เกิดหัวใจโต หัวใจข้างซ้ายล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ แน่นหรือเจ็บหน้าอก หัวใจหยุดทำงานในที่สุด
2. ผลต่อระบบประสาทและสมอง อาการทางระบบประสาทส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ปวดศีรษะ ตาพร่า ชักเกร็ง ส่วนอาการทางสมองอาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก กลายเป็นโรคอัมพาตหรือชักหมดสติได้
3. ผลต่อไต เกิดภาวะไตวายซึ่งเป็นผลมาจากการตีบแข็งของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ซึม สับสน หมดสติ
4. ผลต่อตา มีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดแดงที่เรตินาจะมีการตีบตัวลง ถ้าเป็นมากจะมีการบวมและเลือดออก ทำให้การมองเห็นเสียไป ผู้ป่วยมีอาการปวดตา ตามัว และมองไม่เห็นในที่สุด

การรักษาความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา
 - 1.1 การลดน้ำหนักตัว ด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ในรายที่มีระดับความดันโลหิตสูงไม่มาก ควรเริ่มต้นรักษาโดยไม่ใช้ยา และลดน้ำหนักตัวก่อนอย่างน้อย 3-6 เดือน ก่อนให้ยาลดความดัน
 - 1.2 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับความดันโลหิต และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาที่รักษาอยู่ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื่มสุรามากจะเสี่ยงต่อโรคอัมพาตมากขึ้นด้วย
 - 1.3 การเลิกสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสริมที่เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากขึ้น
 - 1.4 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง การออกกำลังกายที่ควรปฏิบัติ คือ การถีบจักรยาน การวิ่ง การว่ายน้ำ การเดินเร็วๆ ส่วนการออกกำลังกายที่หนัก เช่น การยกน้ำหนัก หรือการออกกำลังกายหนักๆ ไม่ควรทำเพราะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
 - 1.5 การผ่อนคลายความเครียด การระงับหรือลดความเครียด ทำให้จิตใจผ่อนคลายและเป็นผลดีของการควบคุมรักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การทำโยคะ
 - 1.6 การบริโภคอาหารควรจำกัดปริมาณเกลือในอาหาร ลดอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น ข้าวโอ๊ต ผลไม้และผักสด เพราะการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูงจะช่วยให้ร่างกายขับโซเดียม ทำให้ความดันโลหิตลดลง

2. การรักษาโดยการให้ยาจะใช้ต่อเมื่อรักษาแบบไม่ใช้ยาแล้วระดับความดันโลหิตไม่ลดลง

- 2.1 ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่ spironolactone, furosemide hydrochlorothiazide เป็นต้น ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยลดการทำงานของไตในการดูดซึมเกลือโซเดียมและน้ำ อาการข้างเคียงที่พบ คือ ทำให้โปแตสเซียมในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดสูง

ไขมันในเลือดสูง มียูริกสูงในเลือด ทำให้เกิดโรคเก๊าท์ และน้ำตาลในเลือดสูง เกิดความผิดปกติในเรื่องเพศสัมพันธ์และทำให้อ่อนเพลีย

2.2 ยากันเบต้า (Beta Blockers) ยาที่ใช้ได้แก่ atenolol, propranolol เป็นต้น โดยจะออกฤทธิ์หยุดการตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจ ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตทันที อาการข้างเคียง คือ หลอดเลือดตีบจากการหดรั้งทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ถ้ามีหัวใจวายอยู่ด้วยจะทำให้ภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น

2.3 ยากันแอลฟา (Alpha Blockers) ออกฤทธิ์ต้านแอลฟา-1 รีเซพเตอร์ของระบบประสาท Sympathetic ซึ่งอยู่ที่ผนังของหลอดเลือด มีผลห้ามการหดตัวของหลอดเลือดลดแรงต้านของหลอดเลือดแดง ยานี้ไม่มีผลต่อระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด อาการข้างเคียงของยา คือ มึนงง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น

2.4 ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilators) ได้แก่ hydralazine, minoxidil เป็นต้น โดยจะออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่รอบๆ เส้นเลือด ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและหลอดเลือดขยายตัว จึงลดแรงต้านทานภายในผนังของหลอดเลือด มียาบางชนิดในกลุ่มนี้ที่สามารถให้ทางหลอดเลือดดำได้มีประสิทธิภาพสูง แต่ต้องใช้อย่างระมัดระวังเพราะอาจเกิดภาวะช็อกได้

2.5 ยาต้านแคลเซียม (Calcium Antagonist) ยาที่ใช้ ได้แก่ verapamil, nifedipine เป็นต้น ยานี้จะออกฤทธิ์ทางอ้อม โดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ ทำให้ลดปริมาณแคลเซียมในเซลล์รอบเส้นเลือด เกิดกล้ามเนื้อคลายตัว หลอดเลือดขยายตัว ออกฤทธิ์ได้นาน 12-24 ชั่วโมง อาการข้างเคียงของยา คือ ปวดศีรษะ หน้าแดง มึนงง หัวใจเต้นเร็ว ภาวะอาหารทำงานผิดปกติ ขาบวม

2.6 ยาต้านเอนไซม์ angiotensin (ACEI-Angiotensin) ได้แก่ captopril, enalapril, lisinopril เป็นต้น โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ ACE เพื่อลดระดับของ Angiotensin II ที่เป็นสารสำคัญ ทำให้หลอดเลือดหดตัวและหนาตัวเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ลดแรงต้านทานในหลอดเลือด เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงออกฤทธิ์ค่อนข้างสั้นและใช้ได้เพียงวันละ 1 ครั้ง อาการข้างเคียงคือ ไอ ผื่นขึ้น โปแตสเซียมในเลือดสูง

การพยาบาล

- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงและติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
 - ประเมินความดันโลหิตทุก 1-5 นาที ในระยะแรก
- การดูแลเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ
 - ประเมินการไหลเวียนอย่างต่อเนื่อง เช่น ความดันโลหิต ชีพจร
 - ดูแลให้ได้รับยาปรับระดับความดันโลหิต
- การดูแลเกี่ยวกับการทำงานสมอง
 - บันทึกการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาททุกชั่วโมง
- การดูแลเกี่ยวกับการทำงานของไต
 - บันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับออก
- ติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาพนิยน์ตาเป็นระยะ ๆ
- ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายของผู้ป่วย เช่น จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้มากที่สุด งดเยี่ยม

7. ดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล เช่น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และให้ซักถามข้อสงสัย

8. ดูแลและให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนในขณะที่เจ็บป่วยและกลับไปอยู่บ้าน ได้ถูกต้อง เช่น

- อาหาร ควรเป็นอาหารรสจืด ย่อยง่าย
- การออกกำลังกาย ในระยะที่เป็นรุนแรงควรพักผ่อนให้มากที่สุด เมื่อกลับบ้านให้ออกกำลังกายเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น เดินเล่น เป็นต้น
- หลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระอาจทำให้เส้นเลือดสมองแตกได้
- ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง มาตรวจตามแพทย์นัด

คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูง

1. ควบคุมอาหาร โดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด ควรจำกัดปริมาณเกลือโซเดียม และไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง
2. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ วันละ 2-3 ลิตร
3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป
4. นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง
5. งดสูบบุหรี่
6. ควบคุมปริมาณการดื่มสุรา ชา กาแฟ
7. ป้องกันไม่ให้ร้อนมากเกินไป
8. ทำจิตใจให้สบาย ลดความเครียด วิตกกังวล เช่น หางานอดิเรกที่ชอบทำ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง พูดคุยกับคนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท เผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม
9. หลีกเลี่ยงจากการยกของหนัก แบกของหนักหรือใช้แรงมากๆ
10. ผู้ที่รักษาด้วยการรับประทานยา ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดยาเองหรือเปลี่ยนยา นอกจากนั้นผู้ป่วยสามารถวัดความดันโลหิตที่บ้าน พร้อมกับบันทึกไว้เพื่อเป็นข้อมูลในการพบแพทย์ครั้งต่อไป

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia, Hyperlipidemia)

ภาวะไขมันในเลือดสูง คือ ภาวะที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญไขมันในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Artherosclerosis) และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) ตามมา ที่พบบ่อยได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral arterial disease)

ตารางที่ 5 แสดงถึงเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินภาวะระดับไขมันผิดปกติในเลือด และความรุนแรงของความผิดปกติ ซึ่งกำหนดโดย National Cholesterol Education Program (NCEP)

ระดับไขมัน (มก/ดล) ความหมายทางคลินิก	
LDL cholesterol	
<100	เหมาะสม
100-129	ใกล้เคียงค่าเหมาะสม (ยอมรับได้)
130-159	กำกวม
160-189	สูง
>190	สูงมาก
Total cholesterol	
<200	เหมาะสม
200-239	กำกวม
>240	สูง
HDL cholesterol	
<40	ต่ำ
>60	สูง
Triglyceride	
<150	เหมาะสม
150-199	กำกวม
200-499	สูง
>500	สูงมาก

ที่มา: พิงใจ งามอุโฆษและคณะ. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด (2545)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สาเหตุ

อาจเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ

1. ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติปฐมภูมิ (Primary dyslipidemia) เป็นความผิดปกติจากสาเหตุทางพันธุกรรม ที่พบบ่อยคือ Polygenic hypercholesterolemia, familial combined hyperlipidemia

2. ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติทุติยภูมิ (Secondary dyslipidemia) เกิดจากโรคทางกายหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและสลาย lipoprotein ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ cholesterol ในเลือดสูงได้แก่ hypothyroidism, cholestasis, nephritic syndrome, ยา thiazide และ progestogen บางชนิด เป็นต้น สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ triglyceride ในเลือดสูงได้แก่ โรคเบาหวาน โรคอ้วน ไตวาย การดื่มสุรา การตั้งครรภ์ ยา beta blocker, thiazide, glucocorticoid, isotretinoin และ estrogen เป็นต้น สาเหตุที่ทำให้ HDL-C ในเลือดต่ำได้แก่ โรคอ้วน การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน การไม่ออกกำลังกาย และยา anabolic steroid, testosterone, progestogen บางชนิด

3. ภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดจากอาหาร (Dietary dyslipidemia) การบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดภาวะ LDL-C ในเลือดสูง คือ อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก ได้แก่ กะทิ หมูสามชั้น เนยเทียมแข็ง เนยเหลว เนื้อสัตว์ที่มีมันมาก หนังสัตว์และไส้กรอก เป็นต้น หรือรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโตสและซูโครสมาก การดื่มสุรา เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัย

1. การซักประวัติ ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติในครอบครัว โรคเบาหวาน โรคไต โรคตับ โรค Thyroid ชนิดของอาหารที่รับประทาน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การใช้ยาต่างๆ

2. การตรวจร่างกาย บันทึกน้ำหนักตัวและความสูง เพื่อคำนวณหา BMI การหนาตัวของ Achilles' tendon, xanthelasma, arcus cornealis อาการแสดงของต่อม Thyroid ทำงานต่ำ

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพิ่มเติมตามความเหมาะสม ได้แก่ fasting plasma glucose, T4, TSH, alkaline phosphatase, creatinine และ urine protein

การจัดระดับความเสี่ยงเพื่อควบคุมภาวะไขมันผิดปกติในเลือด (Risk stratification)

มี 3 ระดับ

ระดับ 1 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้วและผู้ที่มีโรคอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงเทียบเท่ากับเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ โรคเบาหวาน Ischemic stroke ที่เกิดจากหลอดเลือด carotid artery, transient ischemic attack, Symptomatic peripheral arterial disease, Abdominal aortic aneurysm ในกลุ่มนี้ระดับไขมันที่พึงมีในเลือด คือ LDL-C <100 mg/dl หรือ non-HDL-C <130 mg/dl

ระดับ 2 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงปานกลางในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูงหรือได้รับยาลดความดันโลหิต มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ชายอายุน้อยกว่า 55 ปี ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี กลุ่มนี้ระดับไขมันที่พึงมีในเลือดคือ LDL-C <130 mg/dl หรือ non-HDL-C <160 mg/dl

ระดับ 3 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับระดับ 2 ในกลุ่มนี้ไขมันระดับที่พึงมีในเลือด คือ LDL-C <160 mg/dl หรือ non-HDL-C <190 mg/dl

ตารางที่ 6 ระดับไขมันที่พึงมีในเลือดตามระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	ระดับ LDL-C ที่พึงมีในเลือด (mg/dl)	ระดับ TG ที่พึงมีในเลือด (mg/dl)	ระดับ HDL-C ที่พึงมีในเลือด (mg/dl)	ระดับ non-HDL-C ที่พึงมีในเลือด* (mg/dl)
เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือเป็นโรคที่มีความเสี่ยงเทียบเท่า	<100	<150	>40	<130
มีปัจจัยเสี่ยง 2 ข้อขึ้นไป	<130	<150	>40	<160
มีปัจจัยเสี่ยง 0-1 ข้อ	<160	<150	>40	<190

* ระดับ non-HDL-C ใช้ในกรณีที่ TG >200 mg/dl

ที่มา: พึงใจ งามอุโฆษและคณะ. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด (2545)

อาการ

ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ส่วนมากจะไม่มีอาการแสดง ยกเว้นในรายที่มีไขมันสูงมาก ๆ อาจพบตุ่มหรือแผ่นเนื้อเยื่อไขมันสีเหลืองบนผิวหนัง เช่น บริเวณหนังตา คอ สะโพก เรียกว่ากระเหลือง โดยส่วนใหญ่มักจะตรวจพบเมื่อตรวจสุขภาพ หรือตรวจเช็คอาการด้วยโรคอื่นที่มีอาการสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมองโรคหัวใจตีบตัน หรือตรวจไขมันในเลือด

การรักษา

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

1.1 การควบคุมอาหาร โดยลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลให้น้อยกว่า 300 mg ต่อวัน และต้องลดอาหารประเภทไขมันให้น้อยกว่าร้อยละ 30 ของปริมาณแคลอรีที่ร่างกายได้รับต่อวัน โดยต้องเป็นอาหารที่กรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูงพบมากในอาหารผัดทอด ที่ใช้น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม เนย หรืออาหารที่ใช้กะทิ เป็นต้น

1.2 การออกกำลังกาย จะช่วยลดระดับไขมันชนิดต่างๆได้และช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL แต่ที่สำคัญคือ การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้

1.3 การลดน้ำหนัก ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินต้องลดน้ำหนัก ซึ่งจะช่วยให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลงและช่วยเพิ่มระดับกลุ่มไขมัน HDL ได้

2. การใช้ยารักษา ซึ่งมียาอยู่หลายกลุ่มได้แก่

2.1 ยากลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitor ซึ่งจะไปลดการผลิตไขมันจากตับ ทำให้ลดระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกลุ่มไขมัน LDL ลงได้ ที่รู้จักกันดีชื่อ Simvastatin

2.2 ยากลุ่มช่วยลดการดูดซึมคอเลสเตอรอลจากลำไส้

2.3 ยาที่เป็นวิตามินบีรวม ชื่อ Niacin ซึ่งช่วยลดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และไขมัน LDL

2.4 ยากลุ่ม Fibrates เป็นกลุ่มที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์

การพยาบาล

พยาบาลควรให้คำแนะนำในการควบคุมปริมาณไขมันในเลือด โดยปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไขมันสัตว์ สมอสัตว์ ไข่แดง อาหารทะเล เช่น หอยนางรม ปลาหมึก กุ้ง เป็นต้น ควรจำกัดไม่ให้เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน
2. ควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้อ้วนเกินไปโดยจำกัดอาหารประเภทแป้งข้าวต่าง ๆ ขนมหวาน
3. หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา เบียร์ เพราะแอลกอฮอล์มีฤทธิ์เร่งการสะสมไขมันตามเนื้อเยื่อ
4. หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน อาหารทอด เจียว ควรใช้น้ำมันจากพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน ซึ่งมีกรดไลโนเลอิก เป็นตัวนำโคเลสเตอรอลไปเผาผลาญ ซึ่งจะช่วยให้การดูดซึมของไขมันในร่างกายน้อยลง
5. ควรเพิ่มอาหารพวกผักใบต่างๆ และผลไม้บางชนิดที่ให้กากใย เช่น คื่นช่าย ผักกาด ฝรั่ง ส้ม เพื่อให้ร่างกายได้รับกากใยมากขึ้น กากใยเหล่านี้จะช่วยในการดูดซึมของไขมันในร่างกายน้อยลง
6. รักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น เบาหวาน ไทรอยด์ โรคตับ โรคไต และอื่น ๆ
7. การออกกำลังกาย ช่วยลดปริมาณไขมันในเลือดและเพิ่มระดับของ HDL ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ คือ การเดินเร็ว จ็อกกิ้ง การขี่จักรยาน แต่ถ้ามีอาการของโรคหัวใจอยู่ควรขอคำแนะนำจากแพทย์ก่อนว่าการออกกำลังกายแบบใดจึงจะเหมาะสม เพื่อให้แน่ใจว่าจะได้รับประโยชน์โดยไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ
8. ใช้ยาลดระดับไขมันในเลือด การใช้ยาแต่เพียงอย่างเดียวจะไม่ได้ผล ควรควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตของตนเอง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

โรคเบาหวาน (Diabetic)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะสำคัญ คือ มีระดับน้ำตาลในโลหิตสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงเกิน ขีดจำกัดของไต ก็จะถูกขับออกมาในปัสสาวะลักษณะดังกล่าว เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้ฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย ซึ่งอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่สร้างขึ้นโดยเบต้าเซลล์ในกลุ่มเซลล์ของแลนเกอร์ฮาน (islet of langerhan) ของตับอ่อน มีหน้าที่ส่งเสริมการสังเคราะห์สารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน และกรดนิวคลีอิก

ตามปกติร่างกายจะมีการหลั่งอินซูลิน วันละประมาณ 50 ยูนิต และมีอินซูลินประมาณ 200 ยูนิต ซึ่ง ถูกเก็บไว้ในตับอ่อน ตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินออกมาเมื่อถูกกระตุ้นและกลูโคสเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ ที่ทำให้มีการหลั่งอินซูลิน เมื่อระดับน้ำตาลในโลหิตสูงขึ้น เบต้าเซลล์จะถูกกระตุ้นให้หลั่งอินซูลินเข้าสู่กระแสโลหิตมากขึ้น ซึ่งทำให้มีการนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ และมีการเปลี่ยนกลูโคสไปเป็นไกลโคเจนมากขึ้น เมื่อระดับน้ำตาลโลหิตต่ำลง การหลั่งอินซูลินก็จะน้อยลงด้วย

สาเหตุของโรคเบาหวาน

1. สาเหตุจากกรรมพันธุ์ กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุใหญ่อย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน โดยจะถ่ายทอดความ ผิดปกติของการทำงานของตับอ่อน ทั้งความผิดปกติของปริมาณเบต้าเซลล์และความผิดปกติของการหลั่งหรือ การทำงานของอินซูลินมาทางยีนจากรุ่นพ่อแม่ไปยังรุ่นลูกต่อไป แต่จะไม่เกิดขึ้นกับทุกคน ดังนั้น ผู้ที่มีญาติพี่น้องเป็นเบาหวานก็มีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียาติพี่น้องเป็นเบาหวาน

2. สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมสำคัญที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเบาหวาน คือ

อาหาร โดยเฉพาะ อาหารหวานจัดพวกที่มีกลูโคสจำนวนมากๆ เช่น พวกขนมหวานต่างๆ น้ำหวาน น้ำอัดลม อาหารเหล่านี้จะมีกลูโคสมากทำให้ร่างกายดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว และเป็น การกระตุ้นการ หลั่งของฮอร์โมนอินซูลินอย่างเฉียบพลัน ถ้าเกิดอยู่เป็นประจำหรือบ่อยครั้งทำให้เป็นเบาหวานได้

ความอ้วน ในคนอ้วน ร่างกายจะมีความต้องการอินซูลินมากขึ้น เพราะปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไปมีมาก แต่อินซูลินนี้จะมีปฏิกิริยากับเซลล์ไขมันได้น้อยลง ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้

โรคติดเชื้อ โรคติดเชื้อบางชนิด เช่น ไวรัส เมื่อเป็นแล้วมักจะทำให้ตับอ่อนอักเสบ และทำลาย เบต้าเซลล์ ซึ่งเป็นตัวผลิตฮอร์โมนอินซูลิน

การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย จะทำให้ปฏิกิริยาตอบรับอินซูลินรีเซพเตอร์เพียงพอ แต่ถ้าขาดการออกกำลังกาย หรือ ออกกำลังกายน้อยเกินไป จำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ในเซลล์ไขมัน และกล้ามเนื้อจะลดลง เป็นผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้

ความผิดปกติของฮอร์โมนจะทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ เพราะต่อมที่ผลิตฮอร์โมนบางชนิดมีฤทธิ์ต้านฮอร์โมนมากเกินไป ถ้ามีฮอร์โมนเหล่านี้มากเกินไปจะมีระดับน้ำตาลในโลหิตมากขึ้นด้วย จนเกิด อาการของโรคเบาหวาน ฮอร์โมนเหล่านี้ได้แก่ โกรทฮอร์โมน (Growth hormone) คอร์ติโคสเตอรอย (Corticosteroid) แคทีคอลามีน (Catecholamine) กลูคากอน (Glucagon) และไทรอกซีน (Thyroxin)

ตั้งครรภ์หลายครั้ง ในหญิงที่มีประวัติญาติพี่น้องเป็นเบาหวาน และ ในเวลาตั้งครรภ์ ร่างกายมีความทนต่อกลูโคสต่ำ ไม่ควรมีบุตรหลายคน เพราะในการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง จะทำให้ร่างกายมีความทนต่อกลูโคสลดลงและทำให้เป็นเบาหวานได้มากขึ้น

ความเครียด เมื่อมีความเครียดอย่างรุนแรงหรือมีความเครียดเป็นระยะเวลานานๆ พบว่าร่างกาย หลั่งฮอร์โมนคอติซอลและ แคทีคอลามีนออกมามากซึ่งจะทำให้ปริมาณกลูโคสในโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

3. สาเหตุจากความผิดปกติที่ตับอ่อน ตับอ่อนเป็นอวัยวะของร่างกายที่ประกอบไปด้วยจำนวนของไอส์ เลทของแลงเกอฮานส์ หรือ เบต้าเซลล์ ซึ่งเป็นเซลล์ที่มีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินเพื่อนำไปใช้ในการทำ ปฏิกิริยากับกลูโคส เพื่อให้เกิดเป็นพลังงานให้ร่างกายนำไปใช้ได้ ความผิดปกติที่ตับอ่อน อันเป็นสาเหตุของ โรคเบาหวานนั้น พบว่ามีหลายชนิดที่สำคัญ ได้แก่

จำนวนเบต้าเซลล์ลดลง หรือการขาดเบต้าเซลล์อาจเกิดจากการได้รับสารที่เป็นพิษต่อการเจริญเติบโตของเบต้าเซลล์ พบมากในเด็กเกิดใหม่และในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

จำนวนเบต้าเซลล์เท่าเดิมแต่มีความผิดปกติอื่นๆ เช่น หลอดโลหิตฝอยแข็งและหนา มีแคลเซียม มาจับที่เบต้าเซลล์ซึ่งเป็นผลให้เบต้าเซลล์ผลิตอินซูลินได้น้อยลงเช่นกัน

ชนิดของโรคเบาหวาน

1. IDDM (Insulin Dependent Diabetes Mellitus) โรคเบาหวานชนิดต้องพึ่งอินซูลิน เป็นโรคเบาหวานที่เกิดจากการมีอินซูลินไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอายุน้อย การควบคุมโรคทำได้ ยากเนื่องจากระดับน้ำตาลในโลหิตสูงและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน

2. NIDDM (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus) โรคเบาหวานชนิดไม่จำเป็นต้องพึ่ง อินซูลิน เป็นโรคเบาหวานที่มักมีเบต้าเซลล์ในตับอ่อนเพียงพอ ทำให้ไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้เพียงพอ ส่วนใหญ่ เกิดจากการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งโรคเบาหวานชนิดนี้มักเกิด อาการขึ้นช้าๆ และส่วนใหญ่เกิดกับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาการของโรคจะไม่รุนแรงเท่า IDDM แต่จะค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมอย่างจริงจัง จะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนตามระบบต่างๆ ได้

3. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุมาจากโรคอื่นๆ เช่น โรคตับอ่อนอักเสบ มะเร็งตับอ่อน หรือการถูกตัดตับอ่อนทิ้ง

4. โรคเบาหวานที่เกิดจากการขาดสารอาหาร พบว่าเป็นเฉพาะในเขตร้อน ส่วนใหญ่เป็นในคนอายุน้อย การควบคุมต้องใช้อินซูลิน เนื่องจากมักพบว่า อินซูลินในโลหิตต่ำ พบได้ในพวกที่ขาดอาหารทั้งขาดโปรตีน และ พลังงานอย่างรุนแรง จำแนกได้สองชนิด คือ ชนิดที่มีหินปูนจับที่ตับอ่อน และชนิดที่ไม่มีหินปูนจับที่ตับอ่อน

อาการของโรคเบาหวาน

โดยทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวานจะเริ่มสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้จากการมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารมากแต่ผอมลง กระหายน้ำ ดื่มน้ำมากและปัสสาวะบ่อยผิดปกติ โดยเฉพาะเวลากลางคืน แต่ มีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยในลักษณะนี้จะสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ค่อย ได้ มักจะทราบว่าเป็นเบาหวานเมื่อมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นตามอวัยวะต่างๆ แล้ว หรือบางครั้งตรวจพบโดย บังเอิญจากการตรวจสุขภาพประจำปีหรือตรวจโรคอื่นๆ เช่น โรคผิวหนัง แผลเรื้อรัง หรือมีอาการคันเฉพาะที่

โรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีได้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือเป็นอันตรายร้ายแรงด้วยตัวโรคเอง แต่จะ สร้างความทุกข์ทรมานและเป็นอันตรายมากเมื่อมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น เนื่องจากโรคเบาหวานนั้นความ ผิดปกติอยู่ที่ระดับน้ำตาลในโลหิต ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องหล่อเลี้ยงทั่วร่างกาย ดังนั้น โรคแทรกซ้อนจึงสามารถเกิดขึ้น ได้กับอวัยวะต่างๆแทบทุกระบบ ส่วนใหญ่จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. โรคแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน เช่นภาวะน้ำตาลในโลหิตสูงมากหรือต่ำมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยหมดสติ ถ้าได้รับการช่วยเหลือไม่ทันอาจถึงแก่ชีวิตได้

2. โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เป็นโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน (NIDDM) โรคแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังนี้ พบว่า จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทั้งหลอดเลือดที่มีขนาดใหญ่ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

Microangiopathies เป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดเล็กพบได้บ่อยที่ตา และ ไต เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่ตา จะทำให้ตามัวลง จนถึงตาบอดได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษา ส่วนพยาธิสภาพที่ไตนั้น พบว่า เกิดได้ทั้งชนิดไตเสื่อมหน้าที่ และไตอักเสบรุนแรง

Macroangiopathies เป็นโรคแทรกซ้อนชนิดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดขนาดใหญ่ เช่นที่ สมอง หัวใจ และขา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มักเกิดในลักษณะของหลอดเลือดแข็งอุดตัน ซึ่งเชื่อว่าปัจจัยส่งเสริม คือ ภาวะไขมันในโลหิตสูง ดังนั้น จึงต้องให้ความสนใจและคอยควบคุมระดับไขมันในเส้นโลหิต ให้เป็นปกติอย่างสม่ำเสมอด้วย

Neuropathy ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทซึ่งจะพบความผิดปกติของเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงตามส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะส่วนปลาย เช่น มือ เท้า ชาเจ็บปวดเหมือนมีเข็มแทงหรือเป็นตะคริว นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดอาการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อ การทรงตัวเสีย ทำให้เกิดอันตรายจากการหกล้ม และเกิดบาดแผลได้บ่อย ในเพศชายยังพบว่าความรู้สึกทางเพศลดลงด้วย

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การรักษาโรคเบาหวาน

เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น จากการมีน้ำตาลในโลหิตสูง และทำให้ระบบการเผาผลาญสารอาหาร ภายในร่างกายทำงานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยมีหลัก ในการรักษาดังนี้ คือ

1. การควบคุมอาหาร เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน เพราะเป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิต ระดับไขมันในโลหิตให้เป็นปกติ และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็นด้วย

2. การออกกำลังกายที่เหมาะสม จะช่วยให้การควบคุมโรคดีขึ้น เพราะการออกกำลังกายนั้นสามารถ เพิ่มความสามารถในการใช้พลังงาน ลดระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ไทรกลีเซอไรด์ และเพิ่มเอชดีแอล คลอเรสเตอรอล ทำให้ความดันโลหิตลดลง การไหลเวียนของโลหิตทั่วร่างกายดีขึ้น และทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นด้วย

3. การใช้ยารักษาเบาหวาน โดยทั่วไปมี 2 ชนิด คือ ยาฉีดซึ่งหมายถึง อินซูลิน และยารับประทานรักษาเบาหวาน ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดระดับน้ำตาลในโลหิต

4. การให้ความรู้โรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการควบคุมโรค ปราศจากโรคแทรกซ้อน มีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข และลดภาระทางเศรษฐกิจในการรักษาพยาบาล ซึ่งการให้ความรู้ี้ไม่จำกัดเฉพาะผู้ป่วยแต่รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว และผู้ใกล้ชิดด้วย จะเป็นการส่งเสริม ความสำเร็จในการควบคุมโรคเบาหวานได้มากขึ้น

การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานวิธีการดูแลรักษา ความร่วมมือในการรักษาตลอดจนสามารถปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาได้ โดยควรครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค
2. ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน
3. การควบคุมอาหาร
4. การออกกำลังกาย
5. ยารักษาเบาหวาน
6. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดและแปลผลด้วยตนเอง
7. ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข
8. การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป
9. การดูแลในการะพิเศษ เช่น ตั้งครรภ์ เดินทางไปงานเลี้ยง เล่นกีฬา เป็นต้น
10. การดูแลรักษาเท้า

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน

การจัดกิจกรรมสำหรับส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลควรใช้วิธีการพยาบาลหลาย วิธีผสมผสานกันตามความเหมาะสม ดังนี้

1. การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ข้อมูล และความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และควรมีการทดสอบกลับ เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมี ความเข้าใจเพียงใด

2. เป็นที่ปรึกษาและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการรับประทานยา ผู้ป่วยต้องใช้ทั้งพลังกาย และพลังใจที่จะทำให้พฤติกรรม การดูแลตนเองนั้น ประสบความสำเร็จได้อย่างต่อเนื่อง

4. ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย การดูแล ตนเองในเรื่องโรคเบาหวานเป็นเรื่องเกี่ยวกับแผนการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งสมาชิก ในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมาก

5. สอนทักษะในการดูแลตนเองเรื่องเบาหวาน ทักษะที่พยาบาลสอนให้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

5.1 ทักษะการสังเกต และการประเมินอาการน้ำตาลในเลือดสูง และอาการน้ำตาลใน เลือดต่ำ พยาบาลควรสอน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยคอยสังเกตอาการเฉพาะเกี่ยวกับอาการน้ำตาลใน เลือดสูง

5.2 ทักษะทางการแพทย์ ได้แก่ การฉีดอินซูลิน การตรวจปัสสาวะ การทำแผล การ ตรวจระดับ น้ำตาลจากเลือดปลายนิ้ว

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา (Deep Vein Thrombosis)

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา (Deep Vein Thrombosis: DVT) พบได้ตั้งแต่หลอดเลือดดำ ที่น่อง (isolated calf vein thrombosis) ที่มีอาการน้อยมากไปจนถึงอาการปวดบวมแดงขาบริเวณหลอดเลือดดำใหญ่ที่ ileofemoral vein อย่างมากก็ได้ Proximal DVT คือภาวะหลอดเลือดดำอุดตันใน popliteal vein หรือหลอดเลือดดำที่อยู่สูงกว่าเข้าขึ้นไป สำหรับ distal DVT คือภาวะหลอดเลือดดำอุดตันใน calf vein ซึ่งเป็นหลอดเลือดดำที่อยู่ต่ำกว่าขาลงไป พบว่า distal clot มักมีการสลายก้อนเลือดที่อุดตันได้เองแต่ก็มีโอกาสก่อลิ่มเลือดอุดตันลามขึ้นไปเป็น proximal DVT ได้ 20%

สาเหตุ

1. เลือดไหลเวียนช้า โดยมากมักเกิดจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ควร
2. การจับตัวของเลือดในหลอดเลือด
3. เส้นเลือดได้รับบาดเจ็บ
4. ปัญหาการแข็งตัวของเลือด ซึ่งสามารถเกิดได้จากการใช้ยา อายุที่มากขึ้น หรือภาวะโรค
5. มีการใส่สายสวนที่หลอดเลือด

อาการ

1. ปวดที่ขาหรือน่อง
2. บวมที่แขน ขา หรือข้อเท้า
3. หลอดเลือดแข็ง ปวดเมื่อกดลงไป
4. สีผิวที่ขาเปลี่ยนเป็นสีเขียวซ้ำ
5. สีผิวที่ขาเป็นสีแดงหรือซีด
6. รู้สึกอุ่นร้อนบริเวณขาด้านที่เป็นเนื่องจากหลอดเลือดขยายตัว

การวินิจฉัยโรค

1. สามารถตรวจโดยใช้อัลตราซาวด์ดอปเพลอร์ ซึ่งเป็นการตรวจอัลตราซาวด์ พิเศษเพื่อดูการไหลเวียนของเลือด

2. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเรียกว่าซีทีสแกน (CT Scan) เป็นการตรวจทางด้านรังสีวินิจฉัยอย่างหนึ่ง โดยใช้เอกซเรย์หมุนรอบตัวผู้ป่วย เก็บข้อมูลในรูปแบบ 3 มิติ แล้วใช้ระบบคอมพิวเตอร์นำข้อมูลที่ได้สร้างเป็นภาพในแนวตัดขวาง และภาพในแนวระนาบอื่นๆ รวมทั้งภาพ 3 มิติ ทำให้เห็นอวัยวะภายในได้อย่างชัดเจน

3. ประเมินอาการที่คิดว่ามีโอกาเสี่ยงต่อการเกิด DVT โดยดูจาก well score ดังตารางที่ 1 พบว่ามักใช้ well score ช่วยในการวินิจฉัย DVT อย่างไรก็ดีตาม gold standard ในการวินิจฉัยโรค ยังคงเป็นการฉีดสีหลอดเลือดดำ (contrast venography) อยู่ดี แต่วิธีการฉีดสีค่อนข้าง invasive จึงมักนิยมทำ venous duplex ultrasound ที่ขา ซึ่งมีความไวในการวินิจฉัยโรคสำหรับ DVT ถึง 95%

ตารางที่ 7 Wells Clinical Score for DVT

อาการแสดง	คะแนน
มะเร็้ง (กำลังรักษาหรือได้รับการรักษาภายใน 6 เดือน หรือเป็นระยะสุดท้ายแล้ว)	+1
อัมพาตหรือเข้าเฝือกที่ขา	+1
นอนติดเตียงนาน > 3 วัน หรือเคยได้รับการผ่าตัดใหญ่ < 1 เดือน	+1
เจ็บขาข้างที่เป็น DVT	+1
ขาบวมทั้งข้าง	+1
ขาบวมแตกต่างกัน > 3 ซม	+1
ขาบวมกดบวม	+1
เคยเป็น DVT มาก่อน	+1
มีเส้นเลือดดำไปเลี้ยงขาข้างที่เป็น DVT มากขึ้น (Collateral superficial veins (non-varicose))	+1
น่าจะเป็นโรคอื่นมากกว่า DVT	-2
คะแนนรวม	
โอกาสเป็น DVT สูง	≥3
โอกาสเป็น DVT ปานกลาง	1 or 2
โอกาสเป็น DVT ต่ำ	≤0

การรักษา

วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism) ตามมา

1. Unfractionated heparin ในขนาด 80 ยูนิต/กก. ฉีดเข้าเส้นเลือดแล้วให้ยาต่อเนื่องในขนาด 18 ยูนิต/กก./ชม. หรือให้ low-molecular-weight-heparin (LMWH) (enoxaparin 1 มก./กก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง) LMWH ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมี 4 ชนิดคือ enoxaparin, dalteparin, tinzaparin และ nadroparin โดยทั่วไปจะให้ heparin ร่วมกับยา warfarin อยู่ประมาณ 4-5 วันจนกระทั่ง INR = 2-3 จึงหยุดให้ heparin ทั้งนี้เพื่อป้องกันผิวหนังตาย (skin necrosis) ที่เกิดจากการให้ warfarin ในช่วงแรก แพทย์ควรพิจารณาหยุดยา heparin หรือ LMWH เมื่อปริมาณเกล็ดเลือด < 75,000 ในการเป็น DVT ในครั้งแรกควรให้ยา warfarin รักษาขนาดติดต่อกัน 3-6 เดือน แต่ถ้ามมีการกลับเป็นใหม่ควรให้ยานานต่อเนื่อง 1 ปี

2. มีการใช้ vena caval filters ในกรณีผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการใช้ยาต้านเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) หรือผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) [ได้แก่ มีปัญหาเลือดออกหรือ heparin-induced thrombocytopenia] หรือมีอาการกลับซ้ำเป็นใหม่อีก

3. นอกจากนี้อาจใช้การผ่าตัดแทนก็ได้โดยการทำให้ thrombectomy แต่วิธีนี้มีโอกาสกลับเป็นใหม่ได้สูงจึงควรใช้ร่วมกับการให้ heparin ด้วยเสมอ

การป้องกัน

1. ไม่ควรนั่งนานเกินไป ลูกขึ้นเดินบ่อยๆ
2. หลีกเลี่ยงปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดการจับตัวของลิ่มเลือดหรือการไหลเวียนของเลือดที่ไม่ดี เช่น การสูบบุหรี่ ภาวะขาดน้ำ และการได้รับบาดเจ็บ
3. สวมถุงน่องแบบรัดเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด
4. รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามที่แพทย์แนะนำ

เกาต์ (Gout)

เป็นโรคปวดข้อเรื้อรัง ชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยโรคหนึ่ง (พบได้ประมาณ 2-4 คน ใน 1,000 คน จัดเป็นโรคของผู้ใหญ่ในวัย ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยอายุ 40-60 ปี จะพบโรคนี้ได้ประมาณ 2% และอายุ 60 ปีขึ้นไป จะพบได้ ประมาณ 496 สังเกตได้ว่ายิ่งอายุมากขึ้นโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ก็มากขึ้นตามไปด้วย มักพบได้ใน ผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 9-10 เท่า ส่วนใน ผู้หญิงจะพบได้น้อยหรือถ้าพบก็มักจะเป็นผู้หญิง หลังวัยหมดประจำเดือนไปแล้ว (มักเริ่มเป็นเมื่อ อายุ 55 ปีขึ้นไป) โดยทั่วไป มักเกิดกับข้อเพียงข้อ เดียว ในบางครั้งอาจเกิดกับหลายข้อได้พร้อม ๆ กันก็ได้ แต่ข้อที่พบได้บ่อยมากที่สุดคือ นิ้วหัวแม่ เท้า

สาเหตุของโรคเกาต์

เป็นโรคที่เกิดจากการที่ร่างกายมีกรดยูริก ในเลือดสูงอยู่เป็นเวลานานจนเกิดการตกผลึกของยูเรตตามเนื้อเยื่อต่าง ๆ เช่น ข้อ (ทำให้เกิดข้อ อักเสบ) ไต (ทำให้เกิดนิ่วในไตและไตวาย) ส่วนสาเหตุที่ทำให้กรดยูริกในเลือดสูงก็ เนื่องมาจาก ร่างกายสร้างกรดยูริกมากกว่าปริมาณที่ขับออก (นอกจากกรดยูริกในเลือดสูงจะเป็นผล มาจากการที่ร่างกายขาดยีนในการสลายกรดยูริกแล้วยังพบว่า อาจเป็นผลมาจากอาหารที่ รับประทานเข้าไป โดยเฉพาะอาหารที่มีสารพิวรีน สูง และจากขบวนการสลายสารพิวรีนในร่างกาย โดยการสลายโปรตีนและได้สารพิวรีนออกมา ซึ่ง กรดยูริกในร่างกายส่วนใหญ่จะเกิดจากกระบวนการนี้) หรือเกิดจากการที่ร่างกายสร้าง กรดยูริกเป็นปกติแต่ปริมาณที่ขับออกจากร่างกาย มีน้อยกว่า (กรดยูริกที่สร้างขึ้นจะมีการขับออกจาก ร่างกายได้ 2 ทางหลัก คือ ขับออกทางระบบ ทางเดินอาหาร ซึ่งจะขับออกได้ประมาณ 1 ใน 3 และส่วนที่เหลือจะขับออกทางไตได้ประมาณ 2 ใน 3 ของปริมาณกรดยูริกที่ร่างกายสร้างได้ในแต่ละ วัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณ 90% จะมีความผิดปกติในการขับกรดยูริกออกทางไต) ส่วนสาเหตุอื่น ๆ หรือสาเหตุที่ทำให้ข้ออักเสบเป็นซ้ำใหม่ คือ

ความผิดปกติทางพันธุกรรม จากการขาดเอนไซม์บางตัวหรือเอนไซม์บางตัวทำงานมากเกินไป เพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นักพบว่า มีพ่อ แม่ญาติพี่น้องเป็นโรคนี้ด้วย

เกิดจากโรคบางชนิด ที่ส่งผลให้มีกรดยูริกใน เลือดสูง เช่น โรคมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคเลือด โรคทาลัสซีเมีย โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมไปถึง การใช้ยารักษา มะเร็งหรือฉายรังสี เป็นต้น

เกิดจากไตขับกรดยูริกได้น้อยลง เช่น เป็นโรค ไต ภาวะไตวาย ตะกั่วเป็นพิษ

เกิดจากโรคต่อมไร้ท่อบางชนิด เช่น ไฮโป ไทรอยด์ (ภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน, ภาวะขาดไทรอยด์) เพราะส่งผลให้มีกรดยูริกในเลือด

เกิดจากเพศ เนื่องจากพบโรคนี้ได้ในผู้ชาย มากกว่าผู้หญิง

การดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ โดยเฉพาะเบียร์ เพราะแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ลด การขับกรดยูริกออกทางไตหรือทางปัสสาวะ หลังการดื่มจึงทำให้ไตขับกรดยูริกได้น้อยลง กรดยูริกจึงคั่งอยู่ในเลือดสูงกว่าปกติ

การรับประทานยาที่ให้กรดยูริก (การฟิวรีน) สูงอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ หรือการรับประทานยาที่หมักด้วยยีสต์ (Yeast คือ เชื้อราบางชนิดที่ใช้ในการหมักอาหารและ เครื่องดื่ม) เพราะเป็นสาเหตุทำให้มีกรดยูริกใน เลือดสูง

ความอ้วนหรือภาวะน้ำหนักตัวเกิน โดยอาจ สัมพันธ์กับภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลินที่ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน (Insulin resistance)

จากการได้รับบาดเจ็บที่ข้อกระดูกการกระทบกระแทกที่ข้อ

อากาศเย็น หรืออากาศเปลี่ยนแปลง เช่น ช่วง เช้า หรือช่วงก่อนฝนตก

การติดเชื้ของร่างกาย

ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด อาจกระตุ้น ให้อาการกำเริบได้ เพราะยาบางชนิดให้ไตขับกรดยูริกออกทางปัสสาวะได้น้อยลง เช่น แอสไพริน (Aspirin), ไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide HCTZ), ไซโคลสปอริน (Cyclosporin), เลโวโดปา (Levodopa) เป็นต้น

อาการของโรคเกาต์

1. ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้ออย่างรุนแรง ซึ่งจะ เกิดขึ้นทันทีแบบฉับพลัน (มักเกิดขึ้นอย่าภายใน 1 วัน) ถ้าเป็นการปวดครั้งแรก มักจะเป็นเพียงข้อเดียว ซึ่งข้อที่พบว่าปวดกัน มาก คือ นิ้วหัวแม่เท้า (ส่วนข้อเท้า ข้อเข่า ก็ อาจพบได้บ้างในผู้ป่วยบางราย) โดยข้อที่ปวด จะมีอาการบวมและเจ็บมากจนเดินไม่ไหว ผิวหนังในบริเวณนั้นจะตึง บวม แดง ร้อน ปวด มาก และเจ็บมากเมื่อสัมผัสถูกและจะพบ ลักษณะจำเพาะ คือ เมื่ออาการเริ่มจะทุเลาลง ผิวหนังในบริเวณที่ปวดนั้นจะลอกและคัน

2. ในการปวดข้อครั้งแรก ผู้ป่วยมักจะเป็นอยู่เพียง ไม่กี่วัน แม้จะไม่ได้รับการรักษาก็จะค่อยๆ หายไปได้เอง

3. ในบางครั้งผู้ป่วยอาจมีอาการไข้ หนาวสั่น ใจสั่น ซีฟจรเต้นเร็ว มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

4. ผู้ป่วยมักจะเริ่มมีอาการปวดในตอนกลางคืน และมักจะเป็นหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ หรือหลังกินเลี้ยง หรือหลังกินอาหารมากผิดปกติ หรือเดินสะดุด และในบางครั้งผู้ป่วยอาจมี อาการขณะที่มีภาวะเครียดทางจิตใจ เป็นโรค ติดเชื้ หรือได้รับการผ่าตัดด้วยสาเหตุอื่น

5. ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมโรคให้ดี ในระยะแรก ๆ อาการอาจกำเริบทุก 1-2 ปี โดยจะเป็นที่ข้อเดิม แต่ต่อมาจะเป็นถี่ขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ทุก 4-6 เดือน แล้วเป็นทุก 2-3 เดือน จนกระทั่งเป็นทุกเดือน หรือเดือนละหลายครั้ง และระยะการปวดจะนานวันมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น กลายเป็น 7-14 วัน จนกระทั่งปวดนานขึ้น เป็นหลายสัปดาห์หรือปวดตลอดเวลา ส่วนข้อที่ปวดก็จะเพิ่มจากข้อเดียวเป็น 2-3 ข้อ เช่น ข้อมือ ข้อศอก ข้อเข่า ข้อเท้า นิ้วมือ นิ้วเท้า จนกระทั่งเป็นเกือบ

6. ในระยะหลัง ๆ เมื่ออักเสบสลับหลายขึ้น ผู้ป่วย มักจะสงสัยสงสัยว่ามีปุ่มขึ้นขึ้นขึ้นขึ้นขึ้นที่บริเวณที่เคยอักเสบบ่อย ๆ เช่น ข้อมือเท้า ข้อมือมือ ข้อศอก ข้อเข่า รวมทั้งที่หู เรียกว่าปุ่มโรคเกาต์ หรือตุ่มโทฟัส (Tophus หรือ Tophi) ซึ่งเป็น แหล่งสะสมของกรดยูริก ปุ่มก้อนนี้จะโตขึ้น เรื่อยๆ จนบางครั้งแตกออกเป็นสารขาวๆ คล้ายกับขอลูกหรือยาสีฟันไหลออกมา กลายเป็นแผลเรื้อรัง หายช้า และในที่สุด ข้อต่าง ๆ ก็จะค่อยๆ พิการจนใช้งานไม่ได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเกาต์

1. กลายเป็นโรคเกาต์เรื้อรังเมื่อไม่ไปพบแพทย์ อย่างต่อเนื่อง หรือเกิดปุ่มผลึกกรดยูริกในเนื้อเยื่อต่างๆ จนส่งผลเสียต่อบุคลิกและภาพลักษณ์
2. ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดภาวะ ข้อพิการ นิ้วในทางเดินปัสสาวะ (พบได้ประมาณ 25%) ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อ ของทางเดินปัสสาวะแทรกซ้อนตามมาได้
3. ผู้ป่วยโรคเกาต์มักจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมากกว่าคนปกติ (สันนิษฐานว่าอาจมีความผิดปกติทาง กรรมพันธุ์ของโรคเหล่านี้ร่วมกับโรคมก) และ ถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้ควบคุมโรคเหล่านี้ให้ดี ปล่อยให้เป็นแบบเรื้อรัง ในที่สุดก็อาจจะกลายเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง ตีบ และไตวายจนเสียชีวิตได้

การวินิจฉัยโรคเกาต์

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้โดยดูจากประวัติ อาการต่าง ๆ ประวัติการรับประทาน อาหารหรือยา บางชนิด ประวัติการเป็นโรคเกาต์ของคนใน ครอบครัว การเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ การตรวจร่างกาย ซึ่งข้อที่ปวดของผู้ป่วยจะมีลักษณะบวม แดงร้อน ผู้ป่วยอาจมีไข้ร่วมด้วย ในบางรายอาจพบตุ่มโทฟัส และการตรวจเลือดเพื่อระดับของกรดยูริก อาจมีตรวจภาพข้อที่เกิดโรคด้วยการเอกซเรย์ด้วยในบางราย แต่ที่แน่นอน คือ แพทย์จะเจาะดูด น้ำจากข้อไปตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ซึ่งถ้าพบผลึกของยูเรตแพทย์ก็จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกาต์ อาการข้ออักเสบเฉียบพลันแบบโรคเกาต์ หากตรวจพบประตูปริการเลือดปกติ แพทย์จะเจาะดูดน้ำจากข้อไปตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ด้วย ถ้าพบผลึกของยูเรตแพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็น “โรคเกาต์เทียม” (Pseudogout) แต่ถ้าสิ่งที่ตรวจพบเป็นครั้งคราวคล้ายเกาต์ แต่โรคส่วนใหญ่แล้วจะทุเลาลงได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

การรักษาโรคเกาต์

การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเกาต์ (วิธีป้องกันและบรรเทาอาการเจ็บป่วยจากโรคเกาต์)

1. เมื่อมีอาการปวดควรนอนพักผ่อน
2. ควรดื่มน้ำให้มากๆอย่างน้อยวันละ 3 ลิตร เพื่อป้องกันนิ่วในไต (การดื่มน้ำมากๆ จะช่วยเพิ่มการขับกรดยูริกออกทางไต และ ช่วยลดโอกาสการตกตะกอนจนเป็นนิ่วใน ไต) เมื่อไม่มีโรคที่ต้องจำกัดน้ำ
3. งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด โดยเฉพาะเบียร์เพราะเมื่อร่างกายเผาผลาญแอลกอฮอล์ จะทำให้มีการเพิ่มของ สารแล็กเทสในเลือด ซึ่งสารนี้จะไปยับยั้ง การขับกรดยูริกออกทางไต

4. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีกรด ยูริกสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์เนื้อสัตว์ปีก ไข่ ปลา หอย ปลาซาร์ดีน ปลาแฮริง ปลาไส้ตัน ปลาดุก กะปิ ชูบก้อน น้ำสกัดเนื้อ น้ำต้ม กระดุก กระถิน ชะอม ดอกสะเดา ยอดแค ยอดผัก เห็ด สาหร่าย อาหารที่ใส่ยีสต์ (ขนมปัง เบียร์) น้ำเกรวี่ (Gravy) เป็นต้น ส่วนอาหารที่มีกรดยูริกปานกลาง ซึ่งผู้ป่วย สามารถรับประทานได้พอประมาณ แต่อย่า รับประทานมากเกินไป ได้แก่ เนื้อสัตว์ปลา ปลาหมึก ปู ดอกกะหล่ำ ผักโขม ผักปวยเล้ง ใบขี้เหล็ก สะตอ หน่อไม้ถั่ว เป็นต้น ส่วนอาหารที่มี กรดยูริกต่ำ ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ อย่างไม่จำกัด ได้แก่ ผักที่ไม่ใช่ ยอดอ่อน หัวกะหล่ำ ผลไม้ทุกชนิด ธัญพืช ปลาน้ำจืด ข้าว ข้าวโพด ข้าวโอ๊ต แป้ง ไข่ เต้าหู้นม พว่อง ไขมัน โยเกิร์ต เนย ช็อกโกแลต ชา กาแฟ เป็นต้น

5. รับประทานอาหารประเภทข้าว-แป้งให้มากพอ (วันละ 8-12 ทัพพี) เพื่อให้ร่างกาย ได้รับพลังงานอย่างเพียงพอในการทำ กิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่ต้องเผาผลาญโปรตีนที่มีอยู่ในกล้ามเนื้อเพื่อใช้ เป็นพลัง เนื่องจากการเผาผลาญโปรตีนในลักษณะนี้จะทำให้มี การสลายกรดยูริกออกมาในกระแส เลือดมากขึ้น

6. รับประทานผักและผลไม้ชนิดต่าง ๆ ให้มาก ขึ้น เพราะจะช่วยให้อัตราการขับถ่ายเป็น ปรกติ ลดความเป็นกรด จึงส่งผลให้เกิดการ ขับปัสสาวะมากขึ้น อย่างไรก็ตาม คนเป็น โรคเกาต์ควร หลีกเลี่ยงการรับประทานผักยอดอ่อนตามที่กล่าวมา

7. ผู้ป่วยควรสังเกตตัวเองด้วยว่า อาหาร ประเภทใดที่กินแล้วสามารถควบคุมกรด ยูริกใน เลือดได้ดี เลือกกินอาหาร ประเภทนั้น หรืออาหารประเภทใดที่กิน แล้วทำให้มีอาการกำเริบก็ควร

8. รู้ที่มีภาวะอ้วนหรืออ้วน น้ำหนักตัวเกิน ควรลดน้ำหนักลงที่ลงทีละน้อยอย่างถูกวิธี (ควร ใช้วิธีการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ) ไม่ควรเกินครึ่ง กิโลกรัมต่อสัปดาห์ อย่า ลดน้ำหนักตัวแบบ ฮวบฮาบ เพราะจะมีผลทำให้เกิดภาวะคีโตนในเลือดสูง จนส่งผลให้การขับกรด ยูริกออกจากร่างกายลดลง และที่สำคัญก็คือไม่ ควรลดน้ำหนักด้วยวิธีการอดอาหารอย่าง เด็ดขาด เพราะจะทำให้มีการสลายตัวของ เซลล์อย่างรวดเร็วผิดปกติ ทำให้ระดับกรด ยูริกในเลือดสูงมากขึ้น ซึ่งอาจทำให้ข้ออักเสบกำเริบขึ้นมาได้

9. ควรระมัดระวังอย่าให้ข้อกระดูกได้รับการ บาดเจ็บ

10. หลีกเลี่ยงการซื้อยาต่าง ๆ กินเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร หรือใช้ยาที่อาจทำ ให้โรคกำเริบขึ้นได้ เช่น แอสไพริน (Aspirin), ไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) ฯลฯ

11. งดการบิบนวดตรงตำแหน่งที่เจ็บ เพราะยิ่ง นวดจะยิ่งปวดและหายช้า

12. เมื่อมีอาการปวดให้ใช้น้ำอุ่นจัด ๆ หรือใช้ น้ำแข็งประคบตรงข้อที่ปวด ประมาณ 20 นาทีและหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักตรงข้อนั้นๆ

13. เมื่ออาการปวดทุเลาลงแล้ว ควรไปพบ แพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจยืนยันการ วินิจฉัยและรับการรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

14. ควรกินยาต่าง ๆ ตามที่แพทย์สั่งให้ครบถ้วน ถูกต้อง และไม่ขาดยา

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา

กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนทำผ่าตัด Sleeve gastrectomy และมีภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ซึ่งผู้เขียนได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาลดังนี้

1. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
2. กระบวนการพยาบาล
3. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon)

1.ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

รอยได้ให้ความหมายของมนุษย์ว่า เป็นบุคคลเดียว ครอบคลุม กลุ่ม องค์กร และชุมชนเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic adaptation system) ระบบของมนุษย์เป็นทั้งหมดในหนึ่งเดียวแสดงถึงพฤติกรรมการมีความหมายของมนุษย์ มีความสามารถในการคิด มีสติ และมีความหมาย ซึ่งจะมีการพิจารณาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะทำการเปลี่ยนแปลงคนและสิ่งแวดล้อมจะมีรูปแบบและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิดภายในมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา (Roy, 1999) รอยมองว่า บุคคล ประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวม (Roy, 1984) ไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความปกติสุข หรือภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับระดับ การปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวของบุคคลอีกตัวหนึ่ง ระดับการปรับตัว ก็คือระดับหรือขอบเขตที่ แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อ สถานการณ์หนึ่ง หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นเอง ทั้งนี้ รอย ได้แบ่งระดับการ ปรับตัวออกเป็น 3 ลักษณะ (Roy, 1999) ได้แก่

1) ระดับการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี (Integrated level of adaptation) หมายถึง ระดับของการปรับตัวที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย สามารถทำงาน ประสานกันได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ เช่น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกาย เหตุการณ์ใด เข้ามาสามารถ ยอมรับได้ บุคคลมีความมั่นคงในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ อย่างเหมาะสม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสมและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นตามความเหมาะสมเช่นกัน

2) ระดับการปรับตัวที่อยู่ในระยะของการชดเชย (Compensatory level of adaptation) หมายถึง ระดับที่กลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ถูกกระตุ้นการทำงานเพื่อที่จะให้เกิดกระบวนการปรับตัวอย่างผสมผสาน (Integrated)

3) ระดับการปรับตัวที่ อยู่ภาวะอันตราย/ไม่ดี (Compromised level of adaptation) 9 หมายถึง ระดับการปรับตัวที่ยังไม่เพียงพอ ที่จะไปถึงระดับของการที่ผสมผสานกันได้ดี และระดับการปรับตัวในระยะของการชดเชย ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวที่ไม่ดีนี้ เมื่อสิ่งเร้าที่มากกระทบนั้น อยู่ใน

ขอบเขตความสามารถ ในการปรับตัวของบุคคล บุคคลจะสามารถ ปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่เหนือความสามารถของบุคคล จะเกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งระดับความสามารถ ในการปรับตัวของแต่ละบุคคล จะมีลักษณะเฉพาะตัว และมีขอบเขตจำกัด แต่ถ้าหากบุคคลเคยประสบความสำเร็จในสถานการณ์เช่นนี้มาก่อนแล้ว ขอบเขต ระดับความสามารถปรับตัวจะกว้างขึ้นในสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นคล้ายกัน หากระดับการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลสะท้อนกลับสู่ระดับการปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในสมดุลได้ต่อไปเมื่อสิ่งเร้าเข้ามากระทบทำให้ระบบการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวให้เข้าสู่สมดุลของระบบ โดยใช้กลไกการเผชิญปัญหา (Coping mechanism) เป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่ต้องคิด (Roy, 1984) การปรับตัวนั้นอาศัยกลไก ที่ทำงานประสานกัน 2 กลไก ได้แก่

3.1) กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) รอย มองว่าเป็นกลไกการปรับตัวเพื่อตอบสนองโดยอัตโนมัติเพื่อรักษาสมดุลการทำงานของร่างกายในระบบต่าง ๆ โดยอาศัย ระบบประสาทของร่างกาย (Neural) สารเคมี (Chemical) และระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) กระบวนการเผชิญปัญหาทำงาน จากการที่สิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายใน ผ่านการรับรู้ความรู้สึก (Sense) เข้าสู่ระบบประสาท ระบบไหลเวียน และระบบต่อมไร้ท่อผ่านวิถีประสาท (Channel) โดยอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองโดยอัตโนมัติ (Automatic and unconscious responses) (Roy, 1984) และจะมีผลต่อกลไกการคิดด้วย

3.2) กลไกการคิด (Cognator mechanism) รอย มองว่าเป็นกลไกการปรับตัวที่ ทำงานผ่านทางกระบวนการการคิดรู้และอารมณ์ (Cognitive-emotive) มี 4 วิธีทาง ได้แก่ กระบวนการรับรู้หรือรับข้อมูล (perceptual and information processing) คือ กิจกรรมการเลือกรับ ข้อมูลเก็บรหัส (Coding) และจดจำข้อมูล (Memory) นั่นเองผ่านกระบวนการการเรียนรู้ (Learning) จะเกี่ยวข้องกับการเลียนแบบ การได้รับรางวัลผ่านกระบวนการตัดสินใจ (Judgment) และการแสดงอารมณ์ (Emotion) (Roy, 1984) ตลอดจนกลไกการป้องกันทางจิต (Roy, 1999) แล้วเกิดเป็นพฤติกรรมตอบสนองออกมาการทำงานของกลไกการควบคุม และกลไกการคิดรู้มีทำงานร่วมกันอย่างแยกจากกันไม่ได้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่

3.2.1) การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological mode) ซึ่งรอย (Roy, 1999) กล่าวว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการทางด้านร่างกายและสารเคมีที่เกี่ยวข้องกันในเรื่องการทำ 10 หน้าทีและกิจกรรมของระบบอวัยวะโดยจะเป็นการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่ออวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายของบุคคลเป็นการปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiologic integrity) ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย ยังรวมถึงการทำหน้าที่ของกลไกการควบคุม คือ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การทำหน้าที่ของระบบประสาทและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ เป้าหมายสูงสุดเป็นการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สมดุลของร่างกายการประเมินพฤติกรรมปรับตัวด้านร่างกาย เป็นการประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายสามารถประเมินได้จาก การ

สังเกต การวัด การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การสัมภาษณ์และการรายงานด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

- ออกซิเจน (Oxygenation)
- โภชนาการ (Nutrition)
- การขับถ่าย (Elimination)
- การมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest)
- การป้องกันอันตรายของร่างกาย (Protection)
- การรับรู้ความรู้สึก (Sense)
- สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Fluid and Electrolyte)
- การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurological function)
- การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine function)

3.2.2) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์(Self-concept mode) ประกอบขึ้นจากความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ในตนเองและจากปฏิกิริยาครอบงำ (Roy, 1999) ซึ่งร่อยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

- อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) รอย (Roy, 1999) อธิบายว่า เป็นการประเมินตนเองด้านร่างกายของบุคคลอันประกอบด้วย คุณลักษณะทางด้านร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และลักษณะที่ปรากฏ รอย (Roy, 1999) แบ่งเป็นด้านการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation) และด้าน ภาพลักษณ์ (Body image)

- อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) รอย (Roy, 1999) กล่าวว่า เป็นการประเมินของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ความคาดหวัง ความรู้สึกมีค่า การให้คุณค่า อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้ประกอบด้วย ด้านความมั่นคงในตนเอง (Self consistency) ด้านอุดมคติของตนเอง (Self ideal) ค่านิยม จรรยาบรรณและจิตวิญญาณแห่งตน

3.2.3). การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนอง ทางด้านความมั่นคงหรือได้รับการยอมรับในสังคม (Social integrity) เป็นการกระทำหน้าที่ตามความคาดหวังของสังคม เน้นบทบาทตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นเป็น สิ่งกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ โดยบุคคลจะต้องปรับตัวตามบทบาท หน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม หากไม่สามารถปรับตัวในด้านบทบาทหน้าที่ได้จะเกิด ปัญหา คือการไม่สามารถแสดงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแสดงบทบาทไม่ตรงกับ ความรู้สึกที่แท้จริง (Role distance) ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) และความล้มเหลวใน บทบาท (Role failure) การแสดงบทบาทนี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกต่อบทบาทตามที่รอยได้แบ่งบทบาทของ บุคคล ออกเป็น 3 ประเภท คือ

- บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) บทบาทนี้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลเป็น ส่วนใหญ่ ดังนั้น บทบาทนี้เป็นไปตามการเจริญเติบโตของบุคคลหรือขั้นพัฒนาการแต่ละวัย เช่น บทบาทการเป็นเด็กวัยรุ่น บทบาทในการเป็นผู้สูงอายุ

- บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่สัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ บุคคลหนึ่งอาจมีบทบาททุติยภูมิได้หลายบทบาท ทั้งบทบาทในครอบครัว เช่น บทบาท การเป็นบุตร

ของบิดามารดา บทบาทการเป็นพี่หรือเป็นน้อง และบทบาทตามอาชีพ เช่น บทบาทการเป็นพยาบาล บทบาทการเป็นครู บทบาทการเป็นนักศึกษาพยาบาล

- บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับบทบาทนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและระยะพัฒนาการของบุคคล เช่น บทบาทการเป็นผู้ป่วย บทบาทการเป็นประธานการประชุม เป็นต้น ทั้งนี้ บทบาทจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมของบุคคล 2 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกระทำ (Instrumental behavior) และพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive behavior)

3.2.4). การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมเช่นกันเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมี สัมพันธภาพระหว่างบุคคลการได้รับความรัก ความห่วงใย ก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย หากปฏิบัติตัวหรือปรับตัวไม่เหมาะสมจะเกิดการพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction 12 dependence) และการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (Dysfunction independence) แต่โดยปกติแล้ว บุคคลจะพยายามพึ่งพาตนเองและผู้อื่นภายในขอบเขตที่เหมาะสมและสังคมยอมรับ มีการรับและ ให้ความเอาใจใส่ดูแลพึ่งพอย่างสม่ำเสมอ มีปฏิสัมพันธ์และการอยู่คนเดียวอย่างเหมาะสม ซึ่งถือ ว่าเป็นการปรับตัวด้านนี้ที่มีความเหมาะสม ซึ่งรอย (Roy,1999) แบ่งการประเมินออกได้ ดังนี้

- บุคคลสำคัญ (Significant other) เป็นการประเมินความรู้สึก ความผูกสัมพันธ์ภาพ และการช่วยเหลือกันระหว่างผู้รับบริการกับบุคคลที่มีความหมายต่อชีวิต

- ระบบสนับสนุน (Supporting system) ประเมินความรู้สึก ความผูกพัน การช่วยเหลือ ระหว่างผู้รับบริการกับครอบครัว เครือญาติ เพื่อนร่วมงาน รอยให้คำจำกัดความของสิ่งแวดล้อม โดยยึดตามทฤษฎีของเฮลสัน ที่กล่าวว่า "การปรับตัวเป็นการทำงานของระดับการเปลี่ยนแปลงระดับและระบบการปรับตัวของมนุษย์" รอยมองว่า สิ่งแวดล้อม เป็นทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกสภาพการณ์ ที่ล้อมรอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอกบุคคลมีผลกระทบต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล (Roy, 1999)

สิ่งแวดล้อมถือเป็นปัจจัยนำเข้าเมื่อมีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้นจะกลาย เป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัว โดยจำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ สิ่งเร้าทั้งจากภายนอกและภายในเผชิญอยู่ในขณะนั้นมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุดทำให้ต้องมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นเกิดขึ้น สิ่งเร้าเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น การเจ็บป่วยขณะนั้น

2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกเหนือจากสิ่งเร้ามี ผลกระทบบุคคลเช่นกัน เป็นได้ทางบวกและทางลบ ซึ่งถ้ามีผลในทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลของสิ่งเร้าตรงหรือช่วยลดความรุนแรงได้แต่ถ้ามีผลในทางลบจะทำให้อิทธิพลของสิ่งเร้าตรงมีอิทธิพลมากยิ่งขึ้นจะทำให้บุคคลปรับได้ยากเพิ่มขึ้นโดยอาจจะมีผลเป็นตัวเสริมต่อสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้า ร่วมเหล่านี้ เช่น เพศ การศึกษา สัมพันธภาพ รายได้ของครอบครัว เป็นต้น

3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในระบบบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะตัวของมนุษย์ หรืออาจเกิดจากประสบการณ์ในอดีต เช่น นิสัย ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น

2. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาล คือ กระบวนการแก้ปัญหาที่นำมาใช้ให้เฉพาะเจาะจงสำหรับศาสตร์สาขาพยาบาล ประยุกต์ใช้ได้ในทุกสถานการณ์ของพยาบาล เป็นกระบวนการทางสติปัญญา (cognitive process) ที่ให้วิธีคิด และแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบ (วัลลา ตันตโยทัย, 2544)

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหา หรือความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การจำแนกปัญหา (problem recognition) และการ รวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลมีจุดสนใจ 2 เรื่อง คือ เนื้อหา (content) ของข้อมูล และกระบวนการ (process) ของการได้ข้อมูล ชนิดของข้อมูล มีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่า หรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ ฯลฯ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (objective data) ซึ่ง เป็นข้อมูลที่สามารส่งเกต หรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามปกติแล้วข้อมูลเชิงนามธรรม และรูปธรรม มักจะ สอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบผู้ใช้บริการเป็นครั้งแรก อาจต้องประเมินผู้ใช้บริการเฉพาะจุด โดยเฉพาะในส่วน ที่เป็นปัญหาสำคัญ และรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมใน ภายหลัง ดังนั้นจึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์

วิธีการรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธีซึ่งมักใช้ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาแล้วพยาบาลต้องตรวจสอบความตรง (validity) ของข้อมูลร่วมกับผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจน หรือคลุมเครือ

2. การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ โดยอาศัย ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) การคิดอย่างมีจิตวิญญาน (critical thinking) ความสามารถในการย้อนรำลึก และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการแปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (Clinical knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญ หรือนัย (cues) ของข้อมูล ช่วยให้เข้าใจข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ

การวินิจฉัยปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การประมวลข้อมูล (data processing) การกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (documentation) การ ประมวลข้อมูลเป็นขั้นตอนการจัด หรือแยกประเภท (classification) ของข้อมูลให้เป็นระบบ แปลความหมาย (interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญ

เปรียบเทียบข้อมูลกับมาตรฐาน หรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่มข้อสำคัญ หรือนัยของข้อมูล สรุปลงความเห็นตามหลักของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ให้บริการ หรือครอบครัว ปริกาหารหรือกับบุคลากรอื่น หรือเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ตำรา วารสาร การตรวจสอบดังกล่าวจะช่วย ป้องกันความผิดพลาด และช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม ลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะ แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตามข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างพยาบาลเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และผู้ให้บริการ รวมทั้ง ให้แนวทางในการเลือกวิธีการบำบัด และการประเมินผลการพยาบาล

3. การวางแผน (Planning)

การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไขปัญหาวินิจฉัยไว้ ประกอบ ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมาย และการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

ผู้ให้บริการแต่ละรายมักมีปัญหที่ต้องการการพยาบาลหลายปัญหา แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้อง แก้ไขทุกปัญหาในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถพิจารณาจากอันตราย ที่จะเกิดแก่ผู้ให้บริการ หรือลำดับความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ปัญหาที่คุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อชีวิต มาก หรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ควรมีความสำคัญลำดับต้น ๆ นอกจากนี้ควรพิจารณา ปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ให้บริการ เวลา บุคลากร และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ค่าใช้จ่าย และการประสานการดูแล

การตั้งเป้าหมาย (goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัด และประเมินผลความก้าวหน้า ของผู้ให้บริการได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะ คือ เป้าหมายระยะสั้น (short-term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว หรือบรรลุได้ก่อนเป้าหมายระยะยาว (long-term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมาย ที่ต้องใช้เวลายาวนาน หรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด

ลักษณะเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ให้บริการ (client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ให้บริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้ ในขั้นตอนของการวางแผน ยังต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (intervention) กิจกรรม (activity) และการปฏิบัติ (action) เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่การขจัด หรือลดผลกระทบจากสาเหตุของ ปัญหานั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาจะเกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งที่การประเมินภาวะ ของผู้ให้บริการ เพื่อตรวจสอบ (monitor) ปัญหา และการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว

การบำบัดทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลาย ๆ วิธี และมักไม่เฉพาะเจาะจงกับข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล ในขณะที่เดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่าง ๆ ที่หลากหลายมาใช้ในข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลเดียวกัน ในหลายกรณีต้องคิดค้นขึ้นมาเอง ทั้งนี้ควรเลือกวิธีการบำบัดที่ดีที่สุด โดยคำนึงถึงวิธีการที่ เป็นทางเลือกต่าง ๆ ผลที่จะเกิดตามมา และเหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์

นอกจากนี้ควรคำนึงถึงความเป็นไป ได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจนความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย

4. การนำแผนไปปฏิบัติ (Implementation)

เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงาน การสอน การให้คำแนะนำ หรือคำปรึกษา การปรึกษาหารือ การรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติตามแผนที่ กล่าวข้างต้น อาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ให้บริการและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติ ให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตามแม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้วแต่พยาบาล ยังจำเป็นต้อง พิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าว ให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวม ข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผลประสิทธิภาพของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผนและวิธีการ

5. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของการพยาบาล ในการประเมินผลแม้จะ มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน แต่ยังจำเป็นต้องประเมินผล กระบวนการที่ใช้ และโครงสร้างที่ เกี่ยวข้องด้วย เนื่องจากทั้งกระบวนการ และโครงสร้างสามารถมี อิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมิน ด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ให้บริการ เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้า หรือความ เปลี่ยนแปลงของผู้ให้บริการเปรียบเทียบกับ เป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่า บรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ มาก น้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผน จึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการ ประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล ในทุก ขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูล จนถึงการนำแผนไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (structure evaluation) มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล

3. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย คือ แนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดกว้าง ๆ ที่มาร์จอรี กอร์ดอน (Major Gordon) ศาสตราจารย์ทางการพยาบาลที่วิทยาลัยพยาบาลบอสตัน (Boston College of Nursing) ประเทศ สหรัฐอเมริกาได้ริเริ่มขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นรูปแบบ เดียวกัน เพื่อป้องกันการใช้รูปแบบ หรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่หลากหลาย และทำให้เกิดผลเสียในทาง ปฏิบัติ โดยกอร์ดอนได้เน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินสภาพ และการจัดกลุ่มของข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลที่เหมือนกันในวิชาชีพพยาบาล และการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งกอร์ดอนได้กล่าวว่า การ มีการวินิจฉัยที่ดีเหมือนกันจะทำให้พยาบาล สามารถที่จะพัฒนาการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มี ประสิทธิภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ ของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนเอง รับผิดชอบ โดย ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรมการ ป้องกันโรค และความ เจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการ เกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัย ส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการ ดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ ของบุคคล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ว่าถูกต้องเหมาะสม หรือไม่ และมีความ คาดหวังต่อภาวะสุขภาพหรือการรักษาอย่างไร

2. การดูแลสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ในการดูแล สุขภาพของ ตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติดสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังประเมินได้ จากความสนใจในการดูแลสุขภาพของ ตนเอง เช่น การมีพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพประจำปี การ สนใจติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยสม่ำเสมอ เป็นต้น

สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ การดูแลพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ชรา ภาพ ช่วย ตัวเองไม่ได้ หรือพ่อแม่ที่ดูแลบุตรที่ยังอยู่ในวัยทารกหรือเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายเช่นกัน เช่น การพาลูกไปรับวัคซีนครบ ตามกำหนดเวลา การพาบิดามารดาไปตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลบุตร หรือบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย การ ดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ที่ตนรับผิดชอบ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับ สารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของ ร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผอม ปาก คอ ฟัน เยื่อต่าง ๆ อุณหภูมิ ของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัย ส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบ แผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหาร และน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจาก ความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผน โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบ แผน คือ

1. อาหารและภาวะโภชนาการ
2. การเผาผลาญสารอาหาร
3. น้ำและอิเล็กโทรไลต์
4. อุณหภูมิของร่างกาย
5. การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

6. ผิวหนังและเยื่อ

7. ภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่น ๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจาก ความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ 1. การขับถ่ายอุจจาระ 2. การขับถ่ายปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรม และการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

กิจกรรม และการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการทำงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบ โครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติ กิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้น แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึง ประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

1. การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย
2. การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)
3. การทำงานของระบบหัวใจ
4. การทำงานของระบบหัวใจ และการหลอดเลือด

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัย ส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้ (Cognition and Perception)

แบบแผนสติปัญญา และการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนอง ความสามารถทางสติปัญญา ดังนั้นแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง

หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้าน การรับรู้ความรู้สึก (sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับ ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด

2. ความสามารถทางสติปัญญา

หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถและพัฒนาการทางสติปัญญาเกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการสื่อสารต่าง ๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และ อุปสรรคต่อความสามารถทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)

การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเอง เกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถ คุณค่า เอกลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และ ปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ ตนเองและอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธภาพ (Role and Relationship)

บทบาทและสัมพันธภาพเป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรค ต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจาก ความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้าน ร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศ และ เพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด (Coping and Stresstolerance)

การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียดเป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการจัดการกับ ความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับ ความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ (Value and Belief)

คุณค่าและความเชื่อเป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้าน จิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคง เข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

บทที่ 4

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนทำผ่าตัด Sleeve gastrectomy และมีภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion)

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วย เพศหญิง อายุ 60 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่
อาศัย ไม่ได้ประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา ประถมศึกษาชั้นปีที่ 6
ที่อยู่ 305/4 แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120
การวินิจฉัยโรค Morbid obesity
การผ่าตัดที่ได้รับ Sleeve gastrectomy วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 14 พฤศจิกายน 2566
วันที่จำหน่าย 25 พฤศจิกายน 2566
รวมเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล

จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ

จากเวชระเบียนและใบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดวันนี้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยอ่อนเพลียตอนกลางวัน ง่วงนอนระหว่างวัน น้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร BMI 42.80 มีอาการขาบวมทั้ง 2 ข้าง จากนั้นไปพบแพทย์ R/O Obesity with OSA แพทย์ให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี STOP BANG FOR OSA 5/8 คณะแพทย์แนะนำให้เข้าโครงการการผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy

4 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยน้ำหนัก 90 กิโลกรัม ปวดขาทั้ง 2 ข้าง และมีอาการเหนื่อย วันนี้แพทย์นัดมานอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เก๊าท์ รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเลิดสิน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บิดามารดาไม่มีโรคติดต่อทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร : ไม่มีประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบแผนและพฤติกรรมสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ระยะก่อนผ่าตัดรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ระยะหลังผ่าตัด วันแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับออกซิเจน Mask with bag 10 LPM มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง 5 จุด ให้สารน้ำตามแผนการรักษา ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน จากนั้นวันที่ 15/11/66 มีความดันโลหิตสูง ได้รับยาลดความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษา วันที่ 16/11/66 เอกซเรย์ปอด พบมีภาวะน้ำเกิน ได้รับยาตามแผนการรักษา, สามารถหายใจได้เองไม่ต้องมีออกซิเจนช่วยในการหายใจ วันที่ 18/11/67 เริ่มจิบน้ำ วันที่ 20/11/66 ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มาอยู่ที่หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม ชั้น 19 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง ให้สารน้ำตามแผนการรักษาและรับประทานอาหาร ทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

ปัจจัยที่ทำให้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ความเจ็บปวดของร่างกาย, ตรวจสุขภาพและพบแพทย์สม่ำเสมอ, พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยน

ประวัติการตรวจร่างกาย และการรับภูมิคุ้มกัน ตรวจสุขภาพประจำปี พบแพทย์สม่ำเสมอ ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และวัคซีน Covid-19 เป็นประจำทุกปี

การดูแลความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง

พฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ การดื่มเหล้า ไม่ดื่มเหล้า

ยาที่รับประทานเป็นประจำ ยาประจำตัวโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เก๊าท์ รับประทานสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

การแพ้สารต่างๆ Clarithromycin มีผื่นขึ้นตามร่างกาย คลื่นไส้อาเจียน เมื่อผู้ป่วยทราบแจ้งแพทย์และเภสัช

การดูแลตนเองเมื่อป่วย เมื่อรู้ว่าตนเจ็บป่วยรีบมาพบแพทย์

ข้อมูลจากการสังเกต/การตรวจร่างกาย

1. ลักษณะทั่วไป หญิงไทยอายุ 60 ปี รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ รูปร่างอ้วนท้วม มีขาบวมทั้ง 2 ข้าง พูดคุยได้

2. ความสะอาดของร่างกาย เครื่องแต่งกาย ร่างกายของผู้ป่วยสะอาดดี เรียบร้อย

3. ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ระยะก่อนผ่าตัด มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเป็นจำนวนมาก ควบคุมอาหารไม่ได้ รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ และรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์

ระยะหลังผ่าตัด หลังจากผ่าตัดแพทย์ให้ดื่มน้ำดอาหาร ระยะเวลา 5 วัน จากนั้นเริ่มเป็นจิบน้ำ ระยะเวลา 3 วัน และเป็นอาหารเหลว

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เองตามปกติ มีบางครั้งอาการท้องผูกจะรับประทานอาหารที่มีกากใยช่วยในการขับถ่าย

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยพอช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ต้องได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบางส่วน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ปกติจะนอนวันละ 7 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ การผ่อนคลาย การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย การนอนหลับ และรับประทานอาหารเช้าที่ตัวเองชอบ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

ความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา/การแก้ไข มีสายตาวัว การแก้ไข ผู้ป่วยจะใส่แว่นสายตาในชีวิตประจำวัน ความผิดปกติการได้ยิน/การแก้ไขหูได้ยินดีและชัดเจนทั้ง 2 ข้าง อาการเหน็บชาและความเจ็บปวด ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดขาทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยจะนอนยกขาสูง หากมีอาการปวดมากจะมาพบแพทย์เพื่อขอยาบรรเทาอาการปวด ความจำผู้ป่วยมีความจำที่ดี สามารถตอบคำถามและจำเรื่องราวของตนเองได้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตโนทัศน์

ความรู้สึกนึกคิดต่อรูปร่างหน้าตาของตนเองในปัจจุบัน รู้สึกไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง ความรู้สึกนึกคิดต่อความสามารถของตนเองในปัจจุบัน รู้สึกว่ารูปร่างและขาที่บวมทั้ง 2 ข้างมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันที่ลำบากมากขึ้น ความรู้สึกผิดปกติกี่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย รู้สึกว่ารูปร่างของตนเองมีผลต่อการใช้ชีวิตที่ยากลำบากมากขึ้น

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว รักใคร่ และมีลูกสาวคอยดูแลก่อนและหลังผ่าตัด

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยมีประจำเดือนครั้งแรกประมาณอายุ 11 ปีและหมดประจำเดือนประมาณอายุ 48 ปี ผู้ป่วยแต่งงาน และมีบุตรสาว คลอดบุตรโดยการผ่าคลอดเมื่ออายุ 32 ปี ผู้ป่วยไม่เคยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด

สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ กังวล กลัวในปัจจุบัน ผู้ป่วยกลัวการเจ็บป่วยในปัจจุบันกลัวรักษาไม่หาย กลัวว่าตนเองจะปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด และการดำเนินชีวิตเมื่อกลับบ้าน วิธีการแก้ไขเมื่อไม่สบายใจ กังวล/ผู้ให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือให้กำลังใจ ผู้ป่วยจะปรึกษาคณในครอบครัว และทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษาตนเอง

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/ความเชื่อขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้านจะสวดมนต์ก่อนนอน และถ้าหากมีอะไรไม่สบายใจก็จะมีพระเป็นที่พึ่งพาจิตใจ ขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล จะซื้อพวงมาลัยมาไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่โรงพยาบาลเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ ความเชื่อด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าสมุนไพรไม่สามารถรักษาหายได้ และถ้าเจ็บป่วยต้องมาพบแพทย์ทุกครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง, บิดา เป็นโรคความดันโลหิตสูง มารดาเป็นโรคเบาหวาน

การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี รับตัวไว้ในตัวโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 เวลาประมาณ 12.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/85 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักแรกพบ 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร โดยมีรูปร่างลักษณะทั่วไปดังนี้

หญิงไทย	รูปร่างเตี้ย อ้วน
ผิวหนัง	สีน้ำตาล
ศีรษะ	รูปร่างศีรษะปกติ ไม่มีรอยโรค ไม่มีรังแค เส้นผมสีขาวสลับสีดำ
ใบหน้า	มีลักษณะกลม สมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง
ตา	สายตาวาว ใส่แว่นสายตาสีดำ
หู	หูทั้ง 2 ข้างรูปร่างปกติ ได้ยินทั้ง 2 ข้าง
จมูก	ไม่มีรูปร่างผิดปกติ ไม่มีแห้ว ได้กลิ่นปกติ
ปากฟันและลิ้น	มีฟันแท้เป็นบางส่วน และใส่ฟันปลอม ลิ้นสีชมพู ไม่มีแผล ไม่มีฝ้าขาว
คอ	รูปร่างปกติ ไม่มีคอขวดโต
อก	รูปร่างปกติ ไม่มีอกบวม การหายใจปกติดี
หัวใจและหลอดเลือด	จังหวะการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง MURMUR
ท้อง	ท้องนุ่ม กดไม่เจ็บ ตับและม้ามไม่โต Bowel sound ปกติ
แขน ขา	แขน 2 ข้างปกติ ขาทั้ง 2 ข้างบวม
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท Reflex ปกติทุก ส่วนของร่างกาย
อวัยวะสืบพันธุ์	ปกติ ไม่มีรอยโรคของระบบสืบพันธุ์

อาการและอาการแสดงแรกพบ

รู้สึกตัวดีพูดคุยเรื่อง ปวดหลัง ไม่มีอาการชา ไม่มีแขนขาอ่อนแรง การขับถ่ายปกติ

การตรวจร่างกายตามระบบ (Physical Examination)

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/85 มิลลิเมตรปรอท

สภาพทั่วไป

ผู้ป่วยเพศหญิง รูปร่างเตี้ยอ้วน ผิวสีน้ำผึ้ง พูดคุยเสียงดัง ร่างกายสะอาด สีหน้าวิตกกังวล อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/85 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักแรกรับ 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร

ผิวหนังและเล็บ

ผิวหนัง : ไม่มีผื่น ไม่มีรอยจ้ำเลือด รอยฟกช้ำตามร่างกาย อุณหภูมิปกติ ความชุ่มชื้นและความตึงตัวของผิวหนังปกติ การกระจายตัวของขนสม่ำเสมอ

เล็บ : เส้นไม่มีรอยโรค ไม่เปราะ ไม่มี Spoon nail และ Clubbing finger รอยต่อระหว่างเล็บกับผิวหนังไม่อักเสบ

ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ

ศีรษะ : มีความสมมาตร ผมสีดำและสีขาวยาวประปราย ศีรษะไม่แข็ง คลำดูปกติ

ใบหน้า : มีความสมมาตร ผิวสีขาวเหลือง ไม่มีรอยโรค ไม่มีรอยแผลเป็น

ตา : ประสาทตาปกติ ไม่มีอาการบวม เยื่อบุตาไม่ซีด รูม่านตามีขนาดประมาณ 3 mm. การตอบสนองของตาสอดคล้องทั้งสองข้างดี

หู : สมมาตรกันระดับเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ปาก : ลิ้นสีชมพูแดง ไม่ม่วงคล้ำ ไม่มีรอยโรค

คอ : Trachea อยู่ในแนวกึ่งกลาง ผิวหนังไม่มีรอยโรคไม่มีก้อน คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต

ทรวงอกและทางเดินหายใจ

ทรวงอก : ทรวงอกรูปร่างปกติทรวงอกทั้งสองข้างสมมาตรกัน ไม่มีอกบวมอกถึง ขยายตัวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ

หัวใจ หลอดเลือดและต่อมน้ำเหลือง

หัวใจ : จังหวะการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง MURMUR ชีพจรจังหวะสม่ำเสมอ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ต่อมน้ำเหลืองคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตทั้ง 10 จุด

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

กล้ามเนื้อ : ไม่มีแขนผิดปกติ ขาทั้ง 2 ข้างบวม

เล็บ : ใต้เล็บสีชมพูขาวเล็กน้อย ไม่อักเสบ

ข้อนิ้ว ข้อมือ : ข้อต่างๆไม่มีก้อนไม่มีอาการบวมอักเสบไม่มีผิดปกติ

แนวกระดูกสันหลัง : กระดูกสันหลังไม่คดงอ ส่วนโค้งเว้าของกระดูกสันหลังปกติ

ระบบทางเดินอาหาร

ปาก : ลิ้นสีชมพูแดง ไม่มีแผล

ท้อง : ท้องไม่อืดตึง กด Soft มองไม่พบการเต้นของชีพจรบริเวณหน้าท้อง

เคาะโปร่งฟัง Bowel sound Positive

ระบบทางเดินปัสสาวะ

: ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใสไม่มีตะกอน

การตรวจทางระบบประสาท : E₄V₅M₆

การประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว โดยใช้ Glasgow coma scale (GCS)
คะแนนรวมสูงสุด 15 คะแนน

การลืมตา (E= Eye Opening)

4 คะแนน ลืมตาได้เอง

3 คะแนน ลืมตาเมื่อเรียก

2 คะแนน ลืมตาเมื่อเจ็บ

1 คะแนน ไม่ลืมตาเลยเมื่อกระตุ้น

C= เมื่อหนังตาบวมปิด

การตอบสนองต่อการเรียกหรือการพูด (V= Verbal)

5 คะแนน พูดคุยได้ ไม่สับสน

4 คะแนน พูดคุยได้ แต่สับสน

3 คะแนน พูดเป็นคำ ๆ

2 คะแนน ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

1 คะแนน ไม่ออกเสียงเลย

T= กรณีสื่อห่อหุ้มหมด

การเคลื่อนไหวที่ดีที่สุด (M= Movement)

6 คะแนน เคลื่อนไหวได้ตามคำสั่ง

5 คะแนน ทราบตำแหน่งที่เจ็บ

4 คะแนน ชักแขนขาหนีเมื่อเจ็บ

3 คะแนน เกร็ง แขนงอเข้า ขาเหยียด เมื่อเจ็บ

2 คะแนน เกร็ง แขนเหยียด ขาเหยียด เมื่อเจ็บ

1 คะแนน ไม่เคลื่อนไหวเลย

Musculoskeletal: Motor power grade 5

การตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (motor power) ปัจจุบันใช้ Grading ตาม Medical Research Council ได้แก่

เกรด 0 = ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ

เกรด 1 = สามารถมองเห็นการหดตัวของกล้ามเนื้อแต่ไม่มีการเคลื่อนไหว

เกรด 2 = สามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อในแนวราบไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วง

เกรด 3 = กำลังของกล้ามเนื้อสามารถต้านแรงโน้มถ่วงแต่ไม่สามารถต้านแรงของ

ผู้ตรวจได้

เกรด 4 = กำลังของกล้ามเนื้อสามารถต้านแรงโน้มถ่วงและแรงของผู้ตรวจได้แต่ไม่ปกติ

เกรด 5 = กำลังของกล้ามเนื้อปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา Admit วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566

ตรวจ LAB ก่อนนอนโรงพยาบาล (วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566)

ตารางที่ 8 การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) 9 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	9 พ.ย.2566	ค่าปกติ / หน่วยนับ
Red blood cell (RBC)	5.18	4.2 – 5.5 M/cu.mm
Hemoglobin	14.8	12 – 16 g/dL
Hematocrit	45.9	36 – 48 %
White blood cell (WBC)	10,760	4,600 – 10,200 cell/cu.mm
Neutrophils	63.1	37 – 80 %
Lymphocytes	26.7	10 – 50 %
Monocyte	8.1	< 12 %
Eosinophil	1.5	< 7 %
Basophil	0.6	< 2.5 %
platelet	291,000	142,000 – 424,000 cell / cu.mm
MCV	88.6	80 – 97 fL
MCH	28.6	27 – 31.2 pg
MCHC	32.2	31.8 – 35.4 g/dL

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจนับเม็ดเลือดปกติ

ตารางที่ 9 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (HEMATOLOGY) 9 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	9พ.ย.2566	ค่าปกติ/หน่วยนับ
PT	11.10	9.6 – 12.8 sec
INR	0.93	
PTT	24.20	21.7 – 30.1 sec
PTT Ratio	0.91	

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดปกติ (การแข็งตัวของเลือดปกติ)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 10 ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry) 9 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	9พ.ย.2566	ค่าปกติ /หน่วยนับ
BUN	20	7-17 mg/dl
Creatinine	0.98	0.55-1.02 mg/dl
eGFR	63	ml/min
Sodium	140	136-145 mEq/L
Potassium	3.7	3.5-5.1 mEq/L
Chloride	102	98-107 mEq/L
ผลเลือด	9พ.ย.2566	ค่าปกติ /หน่วยนับ
Carbondioxide	31	22-31 mEq/L
Calcium	9.8	8.4-10.2 mg/dl
Magnesium	3.8	1.6-2.6 mg/dl
Phosphorus	2.0	2.3-4.7 mg/dl
Total protein	7.5	6.4-8.3 g/dl
Albumin	4.3	3.4-4.8 g/dl
Globulin	3.2	2.3-3.5 g/dl
Total bilirubin	0.44	0.2-1.2 mg/dl
Indirect bilirubin	0.27	< 0.7 mg/dl
Direct bilirubin	0.17	< 0.5 mg/dl
AST (SGOT)	43	5-34 U/L
ALT (SGPT)	41	< 55 U/L
Alk.phosphatase	51	40-150 U/L

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจหน้าที่การทำงานของไตปกติ

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจหน้าที่การทำงานของตับปกติ

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจค่าเกลือแร่ในร่างกายปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 11 การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) 16 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	16พ.ย.2566	ค่าปกติ / หน่วยนับ
Red blood cell (RBC)	3.32	4.2 – 5.5 M/cu.mm
Hemoglobin	9.8	12 – 16 g/dL
Hematocrit	28.7*	36 - 48 %
White blood cell (WBC)	17,000*	4,600 – 10,200 cell/cu.mm
Neutrophils	77.2	37 – 80 %
Lymphocytes	14.3	10 – 50 %
Monocyte	8.2	< 12 %
Eosinophil	0.1	< 7 %
Basophil	0.2	< 2.5 %
platelet	214,000	142,000 – 424,000 cell / cu.mm
MCV	86.4	80 – 97 fL
MCH	29.5	27 – 31.2 pg
MCHC	34.1	31.8 – 35.4 g/dL

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล Hct* ต่ำกว่าปกติ แสดงถึงภาวะซีด เกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด

WBC* สูงกว่าปกติ แสดงถึงภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการอักเสบหรือติดเชื้อในร่างกาย

ตารางที่ 12 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (HEMATOLOGY) 16 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	16พ.ย.2566	ค่าปกติ/หน่วยนับ
PT	12.30	9.6 – 12.8 sec
INR	1.03	
PTT	22.30	21.7 – 30.1 sec
PTT Ratio	0.84	

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดปกติ (การแข็งตัวของเลือดปกติ)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 13 ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry) 16 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	16พ.ย.2566	ค่าปกติ /หน่วยนับ
BUN	20	7-17 mg/dl
Creatinine	0.94	0.55-1.02 mg/dl
eGFR	66	ml/min
Sodium	138	136-145 mEq/L
Potassium	4.1	3.5-5.1 mEq/L
Chloride	107	98-107 mEq/L
Carbondioxide	26	22-31 mEq/L
Calcium	7.6	8.4-10.2 mg/dl
Magnesium	1.5	1.6-2.6 mg/dl
Phosphorus	4.6	2.3-4.7 mg/dl
Total protein	5.1	6.4-8.3 g/dl
Albumin	3.0	3.4-4.8 g/dl
Globulin	2.1	2.3-3.5 g/dl
Total bilirubin	0.35	0.2-1.2 mg/dl
Indirect bilirubin	0.34	< 0.7 mg/dl
Direct bilirubin	0.01	< 0.5 mg/dl
AST (SGOT)	236*	5-34 U/L
ALT (SGPT)	209*	< 55 U/L
Alk.phosphatase	41	40-150 U/L

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจเอนไซม์ของตับ ค่า SGOT, SGPT สูงผิดปกติ อาจเกิดจากการอักเสบหรือปวดเจ็บของเนื้อเยื่อตับ ตับอ่อน อาจเกิดโรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (Acute pancreatitis)

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 14 ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry) 17 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	17พ.ย.2566	ค่าปกติ /หน่วยนับ
BUN	13	7-17 mg/dl
Creatinine	0.60	0.55-1.02 mg/dl
eGFR	99	ml/min
Sodium	138	136-145 mEq/L
Potassium	3.8	3.5-5.1 mEq/L
Chloride	102	98-107 mEq/L
Carbondioxide	28	22-31 mEq/L

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจเกลือแร่ในร่างกายปกติ

ตารางที่ 15 การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) 18 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	18พ.ย.2566	ค่าปกติ / หน่วยนับ
Red blood cell (RBC)	3.16	4.2 – 5.5 M/cu.mm
Hemoglobin	9.3	12 – 16 g/dL
Hematocrit	27.5*	36 - 48 %
White blood cell (WBC)	14,160*	4,600 – 10,200 cell/cu.mm
Neutrophils	74.0	37 – 80 %
Lymphocytes	14.5	10 – 50 %
Monocyte	9.6	< 12 %
Eosinophil	1.6	< 7 %
Basophil	0.3	< 2.5 %
platelet	149,000	142,000 – 424,000 cell / cu.mm
MCV	87.0	80 – 97 fL
MCH	29.4	27 – 31.2 pg
MCHC	33.8	31.8 – 35.4 g/dL

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล Hct* ต่ำกว่าปกติ แสดงถึงภาวะซีด เกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด

WBC* สูงกว่าปกติ แสดงถึงภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการอักเสบหรือติดเชื้อในร่างกาย

ตารางที่ 16 การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) 19 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	19พ.ย.2566	ค่าปกติ / หน่วยนับ
Red blood cell (RBC)	3.18	4.2 – 5.5 M/cu.mm
Hemoglobin	9.4	12 – 16 g/dL
Hematocrit	27.9*	36 - 48 %
White blood cell (WBC)	14,850*	4,600 – 10,200 cell/cu.mm
Neutrophils	77.5	37 – 80 %
Lymphocytes	13.1	10 – 50 %
Monocyte	8.1	< 12 %
Eosinophil	1.1	< 7 %
Basophil	0.2	< 2.5 %
platelet	174,000	142,000 – 424,000 cell / cu.mm
MCV	87.7	80 – 97 fL
MCH	29.6	27 – 31.2 pg
MCHC	33.7	31.8 – 35.4 g/dL

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล Hct* ต่ำกว่าปกติ แสดงถึงภาวะซีด เกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด

WBC* สูงกว่าปกติ แสดงถึงภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการอักเสบหรือติดเชื้อในร่างกาย

ตารางที่ 17 ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry) 20 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	20พ.ย.2566	ค่าปกติ/หน่วยนับ
BUN	16	7-17 mg/dl
Creatinine	0.50	0.55-1.02 mg/dl
eGFR	106	ml/min
Sodium	137	136-145 mEq/L
Potassium	3.7	3.5-5.1 mEq/L
Chloride	100	98-107 mEq/L
Carbondioxide	31	22-31 mEq/L

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจเกลือแร่ในร่างกายปกติ

ตารางที่ 18 การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) 20 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	20พ.ย.2566	ค่าปกติ / หน่วยนับ
Red blood cell (RBC)	3.51	4.2 – 5.5 M/cu.mm
Hemoglobin	10.3	12 – 16 g/dL
Hematocrit	30.5*	36 – 48 %
White blood cell (WBC)	12,760*	4,600 – 10,200 cell/cu.mm
Neutrophils	73.3	37 – 80 %
Lymphocytes	14.0	10 – 50 %
Monocyte	10.4	< 12 %
Eosinophil	2.0	< 7 %
Basophil	0.3	< 2.5 %
platelet	225,000	142,000 – 424,000 cell / cu.mm
MCV	86.9	80 – 97 fL
MCH	29.3	27 – 31.2 pg
MCHC	33.8	31.8 – 35.4 g/dL

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล Hct* ต่ำกว่าปกติ แสดงถึงภาวะซีด เกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด
WBC* สูงกว่าปกติ แสดงถึงภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการอักเสบหรือติดเชื้อในร่างกาย

ตารางที่ 19 การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) 21 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	21พ.ย.2566	ค่าปกติ / หน่วยนับ
Red blood cell (RBC)	3.70	4.2 – 5.5 M/cu.mm
Hemoglobin	10.7	12 – 16 g/dL
Hematocrit	32.1*	36 – 48 %
White blood cell (WBC)	13,840*	4,600 – 10,200 cell/cu.mm
Neutrophils	69.4	37 – 80 %
Lymphocytes	17.8	10 – 50 %
Monocyte	9.0	< 12 %
Eosinophil	3.4	< 7 %
Basophil	0.4	< 2.5 %
platelet	287,000	142,000 – 424,000 cell / cu.mm
MCV	86.8	80 – 97 fL
MCH	28.9	27 – 31.2 pg
MCHC	33.3	31.8 – 35.4 g/dL

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล Hct* ต่ำกว่าปกติ แสดงถึงภาวะซีด เกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด WBC* สูงกว่าปกติ แสดงถึงภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการอักเสบหรือติดเชื้อในร่างกาย

ตารางที่ 20 การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) 22 พฤศจิกายน 2566

ผลเลือด	22พ.ย.2566	ค่าปกติ / หน่วยนับ
Red blood cell (RBC)	3.76	4.2 – 5.5 M/cu.mm
Hemoglobin	11.0	12 – 16 g/dL
Hematocrit	32.1*	36 – 48 %
White blood cell (WBC)	14,760*	4,600 – 10,200 cell/cu.mm
Neutrophils	74.4	37 – 80 %
Lymphocytes	15.4	10 – 50 %
Monocyte	7.6	< 12 %
Eosinophil	2.3	< 7 %
Basophil	0.3	< 2.5 %
platelet	303,000	142,000 – 424,000 cell / cu.mm
MCV	87.0	80 – 97 fL
MCH	29.3	27 – 31.2 pg
MCHC	33.6	31.8 – 35.4 g/dL

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

การแปลผลและวิเคราะห์ผล Hct* ต่ำกว่าปกติ แสดงถึงภาวะซีด เกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด WBC* สูงกว่าปกติ แสดงถึงภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการอักเสบหรือติดเชื้อในร่างกาย

Bacteria C/S Hemoculture 1 วันที่18 พฤศจิกายน 2566

การแปลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจ Bacteria C/S Hemoculture 1 พบว่าไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด

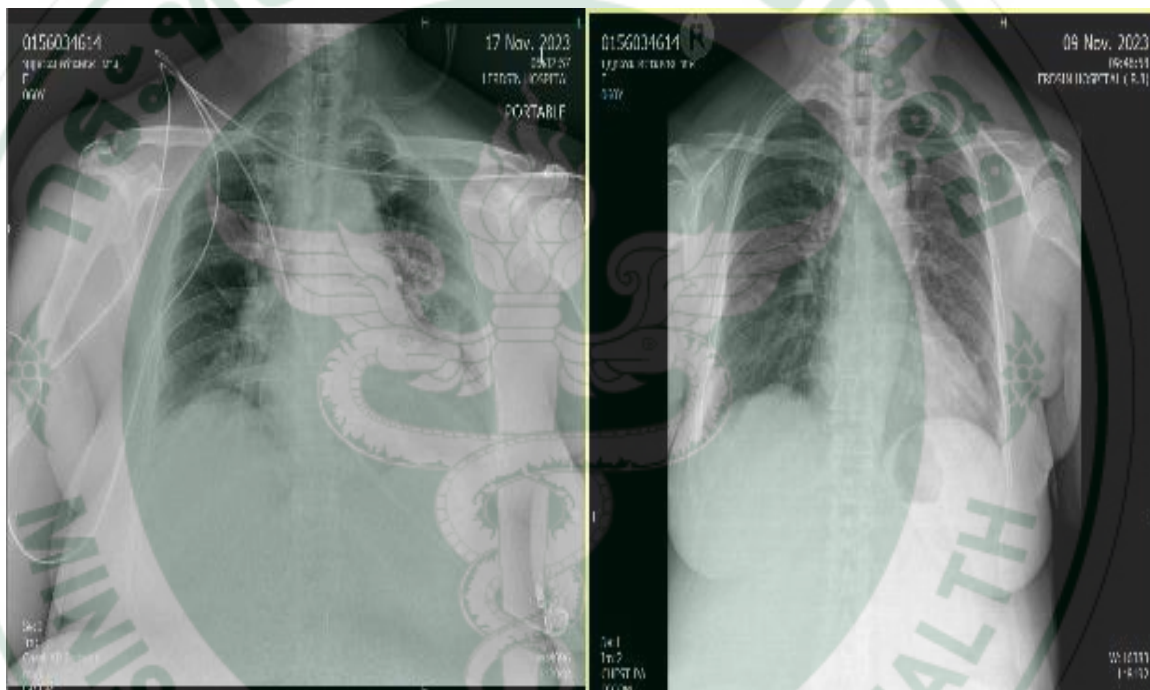
Bacteria C/S Hemoculture 2 วันที่18 พฤศจิกายน 2566

การแปลและวิเคราะห์ผล ผลการตรวจ Bacteria C/S Hemoculture 2 พบว่าไม่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การตรวจทางรังสีวิทยา

Chest X ray PA upright portable วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566



รูปภาพที่ 13 Chest X ray PA upright วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566

- Normal heart size is detected , No cardiomegaly.
- Infiltration both lung
- No nodule, or mass is noted.
- Both costophrenic angles are clear.
- Normal pulmonary vasculature.
- Both hili are not enlarged.
- Unremarkable bony structure.

การแปลผล: หัวใจโตปกติ ตรวจพบน้ำในเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ข้าง ควรได้รับการแก้ไขตามอาการ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
โรคอ้วน จากหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันตรงกันว่า ความอ้วน มีผลเสียและเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องให้การรักษาต่อเนื่อง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและยังส่งผลให้อายุขัยลดลง โดยพบว่าถ้ามีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 40 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป (BMI > 40 kg/m²) จะทำให้อายุขัยลดลงหรือเสียชีวิตเร็วขึ้น 8-10 ปี เมื่อเทียบกับคนที่มีน้ำหนักปกติ เกณฑ์ในการผ่าตัด สถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health; NIH) ได้กำหนดข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษาโรคอ้วนขึ้น โดยการผ่าตัดเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย BMI > 40 kg/m² หรือ ผู้ป่วยที่ BMI 35-40 kg/m² และมีโรคร่วมที่สำคัญอย่างน้อย 1 อย่าง ในปัจจุบันคนไทยมีความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง และความเสี่ยงของการเสียชีวิตสูง ในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า เมื่อเทียบกับคนยุโรปและอเมริกา จึงมีการเริ่มให้การรักษาที่เกณฑ์ดัชนีมวลกายต่ำกว่า โดยข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดของคนเอเชีย มีดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 37.5 kg/m² ขึ้นไป 2. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 32.5 kg/m² ขึ้นไป ร่วมกับมีโรคร่วมที่เกิดจากภาวะอ้วน	ผู้ป่วยหญิงวัยสูงอายุ มาอาการด้วย 2 ปีก่อน มาโรงพยาบาล เหนื่อยเพลีย ตอนกลางวัน ง่วงนอนระหว่างวัน น้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร (BMI = 42.80 kg/m²) มีอาการขาบวมทั้ง 2 ข้าง จากนั้นไปพบแพทย์ R/O Obesity with OSA แพทย์ให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี STOP BANG FOR OSA 5/8 คะแนน 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อย ปวดบวมขาทั้ง 2 ข้าง วันนี้แพทย์นัดมาเพื่อผ่าตัด มีโรคประจำตัว - โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) - โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) - โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) - โรคเกาต์ (Gout) - ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร (BMI = 42.80 kg/m²)

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
3. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 27.5 kg/m² ขึ้นไป ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus) ที่ให้การรักษาด้วยยาทั้งยารับประทานและยาฉีด (Insulin) แล้ว ยัง ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (Poor glycemic control) หรือ โรคกลุ่ม Metabolic syndrome ที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด 4. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีคุมอาหาร ออกกำลังกาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตอย่างน้อย 3 - 6 เดือนแล้ว ยังไม่ได้ผล 5. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ และให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ชนิดของการผ่าตัดโรคอ้วน (Type of Bariatric Surgery Procedures) ปัจจุบันการผ่าตัดโรคอ้วนจะทำได้โดยการผ่าตัดส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) ทั้งหมด โดยจะมีเพียงรูแผลเล็กๆ ที่หน้าท้องประมาณ 1 - 6 จุด ขึ้นกับเทคนิคการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้ความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วกว่า และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า ชนิดการผ่าตัดมีอยู่หลายแบบด้วยกัน แต่ที่เป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ ได้แก่ 1. การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร (Sleeve Gastrectomy) ศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดกระเพาะส่วนใหญ่ ให้เหลือกระเพาะประมาณ 20% หรือเหลือความจุประมาณ 100 - 200 มิลลิลิตร โดยเหลือไว้เป็นลักษณะคล้ายท่อแป๊บ หรือรูปกล้วย อาหารจะผ่านลงสู่กระเพาะอาหารที่เหลือและผ่านไปยังลำไส้เล็กได้ตามปกติ เพียงแต่มีความจุลดลงเท่านั้น ผู้ป่วยจะสามารถรับประทานอาหารได้เพียงไม่กี่คำ ก็จะรู้สึกแน่นและอิ่มเร็วขึ้น การผ่าตัดชนิดนี้มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างต่ำกว่า การผ่าตัดแบบบายพาส แต่ประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก	ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยวิธีการผ่าตัดส่องกล้องลดขนาดกระเพาะอาหาร (Laparoscopic Sleeve Gastrectomy) เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีแผล 5 จุด หน้าท้องขนาดเล็ก

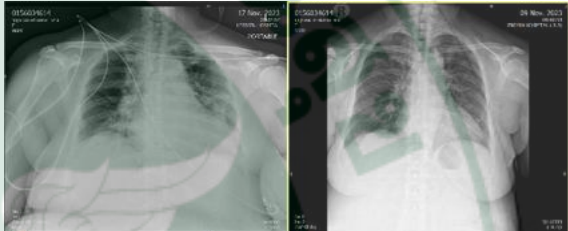
ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ค่อนข้างดี ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ดีเท่าการผ่าตัดแบบบายพาส 2. การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมกับการลัดทางเดินอาหาร หรือ การผ่าตัดบายพาส (Gastric Bypass) ศัลยแพทย์จะทำการตัดกระเพาะอาหารส่วนต้นที่ต่อลงมาจากหลอดอาหารให้เหลือเป็นกระเปาะขนาดเท่าลูกปิงปอง หรือลูกกอล์ฟ ซึ่งมีความจุประมาณ 20-30 มิลลิลิตร หลังจากนั้นก็ตัดเอาลำไส้เล็กส่วนกลาง มาต่อเข้ากับกระเปาะกระเพาะอาหารที่ตัดไว้ และนำปลายลำไส้เล็กส่วนต้นมาต่อเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง อาหารจะผ่านลงมาสู่กระเปาะกระเพาะอาหารซึ่งมีขนาดเล็ก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิ่มเร็วขึ้น หลังจากนั้นอาหารจะเคลื่อนผ่านไปยังลำไส้เล็กที่นำมาต่อไว้ อาหารจะยังไม่สัมผัสกับน้ำย่อยที่สร้างมาจากกระเพาะอาหารส่วนที่เหลือ และที่สร้างมาจากตับและตับอ่อน จนกว่าจะผ่านมาถึงบริเวณที่ลำไส้เล็กมาต่อกัน ซึ่งช่วงที่อาหารยังไม่ถูกย่อยโดยน้ำย่อย ลำไส้ก็จะไม่สามารถดูดซึมสารอาหารได้ นั่นคือกลไกลดการดูดซึมสารอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ระหว่างและหลังการผ่าตัด 1. เลือดคั่งใต้ผิวหนัง (Hematomas) พบได้ร้อยละ 1-5 2. น้ำเหลืองคั่งใต้ผิวหนัง (Seromas) พบได้ร้อยละ 13-37 3. ปัญหาเรื่องแผลเช่น แผลผ่าตัดแยก (ร้อยละ 22-30) แผลติดเชื้อ (ร้อยละ 1-7) แผลขาดเลือดมาเลี้ยง (ร้อยละ 6-10) รอยแผลเป็นหลังผ่าตัด 4. ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ หรืออุดตันปอด (Deep vein thrombosis or Pulmonary embolism) พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1	หลังผ่าตัด post op ผู้ป่วยได้ย้ายลงไปยังหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย ไม่สามารถ หายาเครื่องช่วยหายใจได้ On ET-Tube with Ventilator สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 164/84 มิลลิเมตรปรอท O2Sat 95% หลังใส่เครื่องช่วยหายใจ คนไข้หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง 5 จุด แผลไม่มี Bleeding ซึม ไม่มี Hematoma On Pneumatic pump ไว้ บริเวณขา 2 ข้าง

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ได้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน การใช้ยาสเตียรอยด์ และผู้ป่วยที่ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดสูง ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural Effusion) เยื่อหุ้มปอด (Pleura) คือเนื้อเยื่อบางๆ ที่ห่อหุ้มเนื้อเยื่อปอดทั้งหมด โดยมีหน้าที่ปกป้องปอด เยื่อหุ้มปอดจะมี 2 ชั้น ระหว่างชั้นทั้งสองจะเป็นโพรงหรือเป็นช่อง เรียกว่า โพรงเยื่อหุ้มปอด หรือช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural cavity) ซึ่งในโพรงนี้มีของเหลวในปริมาณเล็กน้อยประมาณ 0.1 - 0.2 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวของคนๆนั้น 1 กิโลกรัมที่หล่อลื่นเยื่อหุ้มปอดทั้ง 2 ชั้น ไม่ให้เสียดสีกัน ปริมาณน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอดจะถูกควบคุมด้วย 2 กลไกสำคัญ คือ จากความดันในหลอดเลือดของเยื่อหุ้มปอด ทั้ง 2 ชั้น ซึ่งจะส่งผลให้น้ำ/ของเหลวซึมผ่านผนังหลอดเลือดเข้าสู่ในโพรงเยื่อหุ้มปอดและจากการดูดซึมน้ำ/ของเหลวของระบบน้ำเหลืองกลับเข้าสู่หลอดเลือดดำของเยื่อหุ้มปอดและเข้าสู่ร่างกายตามลำดับซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยนี้ต้องอยู่ในสมดุล ปริมาณน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอดจึงจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ถ้ามีการเสียสมดุลของปัจจัยทั้ง 2 นี้ด้วยสาเหตุอะไรก็ตาม เช่น มีน้ำ/ของเหลวซึมผ่านหลอดเลือดเยื่อหุ้มปอดมากขึ้น หรือระบบน้ำเหลืองไม่สามารถดูดซึมน้ำ/ของเหลวกลับเข้าสู่หลอดเลือดดำ/ร่างกายได้ ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะมีน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอด	หลังผ่าตัด post op ผู้ป่วยได้ย้ายลงไปอยู่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย ไม่สามารถ หายาเครื่องช่วยหายใจได้ On ET-Tube with Ventilator สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 24 ครั้ง /นาที่ อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 164/84 มิลลิเมตรปรอท O2Sat 95% หลังใส่เครื่องช่วยหายใจ คนไข้หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง 5 จุด แผลไม่มี Bleeding ซึม ไม่มี Hematoma On Pneumatic pump ไว้ บริเวณขา 2 ข้าง

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ตรวจพบ ได้จากการถ่ายภาพปอดด้วยเอกซเรย์เทคนิคเฉพาะ คือถ่ายภาพในท่านอนตะแคงด้านที่สงสัยมีความผิดปกติ (Lateral decubitus) ปริมาณน้ำ/ของเหลวในโพรงฯต้องมีปริมาณตั้งแต่ 50 มิลลิลิตรขึ้นไป อาการที่พบบ่อย คือ 1. แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ด้านมีน้ำ/ของเหลว 2. หายใจลำบาก/หายใจเหนื่อยหอบ หายใจเร็วผิดปกติ 3. นอนราบแล้วหายใจไม่ได้ ต้องนั่งหรือนอนเอนตัว 4. ไอเรื้อรัง จากน้ำ/ของเหลวก่อการระคายต่อเนื้อเยื่อปอด 5. สะอึก เพราะน้ำ/ของเหลวก่อการระคายต่อประสาทกระบังลม ในผู้ป่วยที่มีน้ำ/ของเหลวไม่มาก ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ แพทย์ตรวจพบโดยบังเอิญจากเอกซเรย์ภาพปอดจากตรวจโรคอื่นๆ เช่น จากการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น การรักษาสาเหตุ และการรักษาประคับประคองตามอาการ ซึ่งการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการมักเป็นการรักษาในโรงพยาบาล ก. การรักษาตามสาเหตุ: จะแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับแต่ละสาเหตุ เช่นการให้ยาปฏิชีวนะเมื่อน้ำ/ของเหลวเกิดจากปอดอักเสบ หรือปอดบวมจากติดเชื้อแบคทีเรียการให้ยาต้านไวรัสเมื่อน้ำ/ของเหลวเกิดจากปอดอักเสบ ปวดบวม จากติดเชื้อไวรัสการรักษาควบคุมโรคอโตอิมมูนเมื่อสาเหตุเกิดจากโรคนี้หรือการรักษาโรคมะเร็งปอด อาจด้วยการให้ยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา เมื่อสาเหตุเกิดจากโรคมะเร็งปอด เป็นต้น	วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 แพทย์สั่ง Chest X ray PA upright portable  พบว่า Infiltration both lung หลังผ่าตัดผู้ป่วย มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจลำบากนอนราบไม่ค่อยได้สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 165/68 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 95 % 18 /11/66 (11.30 น.) - Meropenem 2 gm IV stat then 1 gm IV q 8 hr.

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ข. การรักษาประคับประคองตามอาการ : ที่สำคัญคือ การเจาะ/ดูดน้ำ/ของเหลวออกจากโพรงเยื่อหุ้มปอด เพื่อลดการกดเบียดทับเนื้อเยื่อปอด เพื่อให้เนื้อเยื่อปอดกลับมาขยายตัวได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ ลดอาการเหนื่อยหอบจากภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งการเจาะ/ดูดน้ำ/ของเหลวออกจากโพรงเยื่อหุ้มปอดนี้ อาจทำเป็นครั้งคราวตามอาการผู้ป่วยแต่บางครั้งถ้าปริมาณน้ำ/ของเหลวกลับเกิดซ้ำรวดเร็วมากแพทย์อาจใส่ท่อเชื่อมระหว่างโพรงเยื่อหุ้มปอดและหลอดเลือดน้ำ/ของเหลวภายนอกร่างกายเพื่อระบายให้น้ำ/ของเหลว ไหลออกมาได้ตลอดเวลา หรือบางครั้งอาจใส่ยาบางชนิดเข้าไปในโพรงเยื่อหุ้มปอด เพื่อให้เกิดการปิดตันของโพรงนี้เพื่อไม่ให้เกิดน้ำ/ของเหลวขึ้นมาใหม่อีกทั้งนี้การจะเลือกใช้วิธีใดรักษา ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่นสาเหตุของการเกิดน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอด ปริมาณน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอดอัตราการเกิดน้ำ/ของเหลวในโพรงเยื่อหุ้มปอดผลลัพธ์ที่ได้จากการรักษา สาเหตุ อายุ สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย และดุลพินิจของแพทย์นอกจากนี้ คือการรักษาประคับประคองตามอาการอื่นๆ เช่น งดการออกกำลังกาย การให้ออกซิเจนการให้สารน้ำ/อาหารทางหลอดเลือดดำ การให้ยาบรรเทาอาการไอ/ยาแก้ไอละลายเสมหะ	วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 - ให้ FFP IV drip free flow total 4 unit - Acetar 1000 ml rate 80cc/hr - keep O₂ sat ≥ 94 % - On O₂ canular 3 LPM - จิบน้ำได้ - Lasix 20 mg IV stat - CBC เข้าพรงนี้ - CXR portable พรงนี้เข้า

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความดันในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดให้ไหลเวียนไปตามหลอดเลือด ความดันเลือดประกอบด้วย ความดันในขณะหัวใจบีบตัว (systole) และความดันในขณะหัวใจคลายตัว (diastole) ความดันเลือดปกติขณะหัวใจบีบ 100-140 มิลลิเมตรปรอท และ 60-90 มิลลิเมตรปรอท ในช่วงหัวใจคลาย ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจึงหมายถึงผู้ที่มีความดันเลือดเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชนิดของความดันโลหิตสูง 1. ความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบได้บ่อยที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด ไขมันสูง แอลกอฮอล์ คาเฟอีน และการขาดวิตามินดี 2. ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ มีสาเหตุจาก โรคไต ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมาก ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย และภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมาก เป็นต้น อาการและอาการแสดง อาการเริ่มแรกพบ คือ ปวดศีรษะ ผู้ป่วยมักรู้สึกหลังตื่นนอนและเป็นบริเวณท้ายทอย มีเลือดกำเดาออก อาจมีอาการสับสน งุนงง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้ เป็นอาการเตือนซึ่งควรได้รับการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ 1. หัวใจและหลอดเลือด ส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัว มีการเกาะของสารไขมันที่ผนังหลอดเลือด หัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลทำให้เกิดหัวใจโต หัวใจข้างซ้ายล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เกิดอาการ เหนื่อยหอบ แน่นหรือเจ็บหน้าอก หัวใจหยุดทำงานในที่สุด	ผู้ป่วยอายุ 60 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เก๊าท์ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกและรับยามาตลอด ยาความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ คือ - Apressoline (25) 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-กลางวัน-เย็น - Manidipine (20) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น - Enalapril (20) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Caraten (25) 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะเป็นบางครั้ง มักเป็นหลังตื่นนอน

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ภาวะที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญไขมันในร่างกายทำให้ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา ที่พบบ่อยได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย สาเหตุ 1. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติปฐมภูมิ เป็นความผิดปกติจากพันธุกรรม ที่พบบ่อยคือ Polygenic hypercholesterolemia และ familial combined hyperlipidemia 2. ระดับไขมันในเลือดผิดปกติทุติยภูมิ เกิดจากโรคทางกายหรือยาบางชนิดที่มีผลต่อกระบวนการสร้างและสลาย lipoprotein ทำให้ไขมันในเลือดผิดปกติ สาเหตุที่ทำให้ cholesterol ในเลือดสูง ได้แก่ hypothyroidism, cholestasis, nephritic syndrome, ยา thiazide และ progestogen บางชนิด เป็นต้น สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ triglyceride ในเลือดสูงได้แก่ เบาหวาน โรคอ้วน ไตวาย การดื่มสุรา ยา beta blocker, thiazide, glucocorticoid, isotretinoin และ estrogen เป็นต้น สาเหตุที่ทำให้ HDL-C ในเลือดต่ำ ได้แก่ โรคอ้วน สูบบุหรี่ เบาหวาน ไม่ออกกำลังกาย และ ยา anabolic steroid, testosterone, progestogen บางชนิด 3. ภาวะความผิดปกติของระดับไขมันในเลือดจากอาหาร อาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมากเกินไป ได้แก่ กะทิ หมูสามชั้น เนยเหลวเนยเทียมแข็ง เนื้อสัตว์ที่มีมันมาก หนังสัตว์และไส้กรอก หรือรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะ น้ำตาลฟรุคโตสและซูโครสมาก การดื่มสุรา เป็นต้น	ผู้ป่วยมีประวัติเป็นไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงรักษาพยาบาลมาตลอดที่โรงพยาบาลเลิดสิน

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
อาการ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ส่วนมากจะไม่มีอาการแสดง ยกเว้นในรายที่มีไขมันสูงมาก ๆ อาจพบตุ่มหรือแผ่นเนื้อเยื่อไขมันสีเหลืองบนผิวหนัง เช่น บริเวณหนังตา คอ สะโพก เรียกว่า กระเหลือง โดยส่วนใหญ่มักจะตรวจพบเมื่อตรวจสุขภาพ หรือตรวจเช็คอาการด้วยโรคอื่นที่มีอาการสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจตีบ การวินิจฉัย 1. การซักประวัติ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ในครอบครัว เบาหวาน โรคไต โรคตับ Thyroid ชนิดของอาหารที่รับประทาน ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย การใช้ยาต่างๆ 2. การตรวจร่างกาย บันทึกน้ำหนักตัวและความสูง เพื่อคำนวณหา BMI 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพิ่มเติมตามความเหมาะสม ได้แก่ fasting plasma glucose, T4, TSH, alkaline phosphatase, creatinine และ Urine protein	- ไม่พบอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ จากการซักประวัติ ผู้ป่วยประวัติเป็นความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เก๊าท์ และภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกและรับยา มาตลอด - ผู้ป่วยน้ำหนัก 90 กิโลกรัม สูง 145 เซนติเมตร ค่าBMI เท่ากับ 42.80 กิโลกรัม/ตารางเมตร - ผลการตรวจเลือด วันที่ 7/11/66 พบ Cholesterol = 154 mg/dl วันที่ 7/11/66 พบ Triglyceride = 199 mg/dl วันที่ 7/11/66 พบ HDL- Cholesterol=50 mg/dl วันที่ 7/11/66 พบ LDL- Cholesterol= 61 mg/dl วันที่ 9/11/66 พบ Creatinine=0.98 mg/dl วันที่ 16/11/66 พบ Creatinine=0.94 mg/dl วันที่ 17/11/66 พบ Creatinine=0.60 mg/dl วันที่ 20/11/66 พบ Creatinine=0.50 mg/dl

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษา 1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ 1.1 ควบคุมอาหาร โดยลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมัน 1.2 ออกกำลังกาย จะช่วยลดระดับไขมันชนิดต่าง ๆ ได้และช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL 1.3 ลดน้ำหนัก ช่วยให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง 2. การใช้ยารักษา ซึ่งมีอยู่หลายกลุ่มได้แก่ 2.1 ยากลุ่ม HMG-CoA reductase inhibitor ซึ่งจะไปลดการผลิตไขมันจากตับ ลดระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และกลุ่มไขมัน LDL ลงได้ ที่รู้จักกันดีชื่อ Simvastatin 2.2 ยากลุ่มช่วยลดการดูดซึมคอเลสเตอรอลจากลำไส้ 2.3 ยาที่เป็นวิตามินบีรวม ชื่อ Niacin ซึ่งจะช่วยลดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และไขมัน LDL 2.4 ยากลุ่ม Fibrates เป็นยากลุ่มที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์	ผู้ป่วยได้รับยา Simvastatin (20) 1 เม็ด ก่อนนอน

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
โรคเบาหวาน (Diabetic) โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะสำคัญคือ มีระดับน้ำตาลในโลหิตสูงกว่าปกติ และเมื่อสูงเกิน ขีดจำกัดของไต ก็จะถูกขับออกมาในปัสสาวะลักษณะดังกล่าว เกิดจากความผิดปกติของการเผาผลาญสารคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างหรือการใช้ฮอร์โมนอินซูลินของร่างกาย สาเหตุของโรคเบาหวาน 1. สาเหตุจากกรรมพันธุ์ กรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุใหญ่อย่างหนึ่งของโรคเบาหวาน โดยจะถ่ายทอดความผิดปกติของการทำงานของตับอ่อน ทั้งความผิดปกติของปริมาณเบต้าเซลล์และความผิดปกติของการหลั่งหรือ การทำงานของอินซูลินมาทางยีนจากรุ่นพ่อแม่ไปยังรุ่นลูกต่อไป 2. อาหาร โดยเฉพาะอาหารหวานจัด 3. ความอ้วน ในคนอ้วน ร่างกายจะมีความต้องการอินซูลินมากขึ้น เพราะปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไปมีมาก แต่อินซูลินนี้จะมีปฏิกิริยากับเซลล์ไขมันได้น้อยลง ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ไม่ได้ 4. ความเครียด เมื่อมีความเครียดอย่างรุนแรงหรือมีความเครียดเป็นระยะเวลานานๆ พบว่าร่างกาย หลั่งฮอร์โมนคอติซอลและ แดทิลลอรามีนออกมามากซึ่งจะทำให้ปริมาณกลูโคสในโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อาการของโรคเบาหวาน โดยทั่วไป ผู้ป่วยเบาหวาน จะเริ่มสังเกตความผิดปกติ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้จาก การมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารมาก แต่ผอมลง กระหายน้ำ ตื่นน้ำมากและปัสสาวะบ่อยผิดปกติ โดยเฉพาะเวลากลางคืน	ผู้ป่วยประวัติเป็นความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เก๊าท์ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกและรับยามาตลอดต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเลิดสิน ผู้ป่วยน้ำหนัก 90 กิโลกรัม สูง 145 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 42.80 กิโลกรัม/ตารางเมตร HbA1c = 4.55 % (ค่าปกติ 0.00-6.50%) อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษา 1. การควบคุมอาหาร เป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคเบาหวาน เพราะเป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในโลหิต ระดับไขมันในโลหิตให้เป็นปกติ และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควรเป็นด้วย 2. การออกกำลังกายที่เหมาะสม จะช่วยให้การควบคุมโรคดีขึ้น เพราะการออกกำลังกายนั้นสามารถ เพิ่มความสามารถในการใช้พลังงาน ลดระดับไขมันคลอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และเพิ่มเอชดีแอล คลอเรสเตอรอล ทำให้ความดันโลหิตลดลง การไหลเวียนของโลหิตทั่วร่างกายดีขึ้น และทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้นด้วย 3. การใช้ยารักษาเบาหวาน โดยทั่วไปมี 2 ชนิด คือ ยาฉีดซึ่งหมายถึง อินซูลิน และยารับประทานรักษาเบาหวาน ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดระดับน้ำตาลในโลหิต 4. การให้ความรู้โรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการควบคุมโรคปราศจากโรคแทรกซ้อน มีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข	ผู้ป่วยได้รับอาหารทั่วไป งดของมัน ของทอด และของเค็ม รักษาโดยการควบคุมอาหาร

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา (Deep Vein Thrombosis) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขา (Deep Vein Thrombosis: DVT) พบได้ตั้งแต่ หลอดเลือดดำที่น่อง (Isolated calf vein thrombosis) ที่มีอาการน้อยมาก ไปจนถึง อาการปวด บวม แดงขาบริเวณหลอดเลือดดำใหญ่ ที่ Iliofemoral vein อย่างมากก็ได้ Proximal DVT คือภาวะหลอดเลือดดำอุดตันใน Popliteal vein หรือหลอดเลือดดำที่อยู่สูงกว่า เข้าขึ้นไป สำหรับ distal DVT คือภาวะหลอดเลือดดำอุดตันใน calf vein ซึ่งเป็นหลอดเลือดดำที่อยู่ต่ำกว่าเข่าลงไป พบว่า distal clot มักมีการสลายก้อนเลือดที่อุดตันได้เอง แต่ก็มีโอกาสก่อ ลิ่มเลือดอุดตันลามขึ้นไปเป็น Proximal DVT ได้ 20% สาเหตุ 1. เลือดไหลเวียนช้า โดยมากมักเกิดจากการ ไม่เคลื่อนไหวร่างกายเท่าที่ควร 2. การจับตัวของเลือดในหลอดเลือด 3. เส้นเลือดได้รับบาดเจ็บ 4. ปัญหาการแข็งตัวของเลือด ซึ่งสามารถเกิดได้ จากการใช้ยา อายุที่มากขึ้น หรือภาวะโรค 5. มีการใส่สายสวนที่หลอดเลือด อาการ 1. ปวดที่ขาหรือน่อง 2. บวมที่แขน ขา หรือข้อเท้า 3. หลอดเลือดแข็ง ปวดเมื่อยกดลงไป 4. สีผิวที่ขาเปลี่ยนเป็นสีเขียวซ้ำ 5. สีผิวที่ขาเป็นสีแดงหรือซีด 6. รู้สึกอุ่นร้อนบริเวณขาตามที่ เป็นเนื่องจาก หลอดเลือดขยายตัว	ผู้ป่วยอายุ 60 ปี น้ำหนัก 90 กิโลกรัม สูง 145 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 42.80 กิโลกรัม/ ตารางเมตร ผู้ป่วยประวัติเป็นความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เก๊าท์ และภาวะ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกและรับยา มาตลอด ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เมื่อต้นปี 2563 มีอาการ ปวด บวม บริเวณขา 2 ข้าง

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การวินิจฉัยโรค 1. สามารถตรวจโดยใช้อัลตราซาวด์ดอปเพลอร์ ซึ่งเป็นการตรวจ อัลตราซาวด์ พิเศษเพื่อดูการไหลเวียนของเลือด 2. การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเรียกว่าซีทีสแกน (CT Scan) เป็นการตรวจทางด้านรังสีวินิจฉัยอย่างหนึ่ง โดยใช้เอกซเรย์หมุนรอบตัวผู้ป่วย เก็บข้อมูลในรูปแบบ 3 มิติ แล้วใช้ระบบคอมพิวเตอร์นำข้อมูลที่ได้สร้างเป็นภาพในแนวตัดขวาง และภาพในแนวระนาบอื่นๆ รวมทั้งภาพ 3 มิติ ทำให้เห็นอวัยวะภายในได้อย่างชัดเจน 3. ประเมินอาการที่คิดว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด DVT	- ทำ U/S Doppler ปี 2563 พบ No Evidence of DVT - ผลเลือด วันที่ 7 มิถุนายน 2566 พบ D-Dimer = 467 mg/ml สูงกว่าปกติ (ค่าปกติ < 198 mg/ml) - ผลเลือด วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 พบ PT=11.10 (ค่าปกติ 9.6 – 12.8 sec) พบ INR = 0.93 พบ PTT = 24.20 (ค่าปกติ 21.7 – 30.1 sec) ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือดปกติ - ผลเลือด วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 พบ PT =12.30 (ค่าปกติ 9.6 – 12.8 sec) พบ INR = 1.03 พบ PTT = 22.30 (ค่าปกติ 21.7 – 30.1 sec) ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือดปกติ
การรักษา วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด (pulmonary embolism) ตามมา 1. unfractionated heparin ในขนาด 80 ยูนิต/กก. ฉีดเข้าเส้นเลือดแล้วให้ยาต่อเนื่องในขนาด 18 ยูนิต/กก./ชม. หรือให้ low-molecular-weight-heparin (LMWH)(enoxaparin 1 มก./กก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง) LMWH ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมี 4 ชนิด คือ enoxaparin, dalteparin, tinzaparin และ nadroparin โดยทั่วไปจะให้ heparin ร่วมกับยา warfarin อยู่ประมาณ 4-5 วัน จนกระทั่ง INR = 2-3 จึงหยุดให้ heparin ทั้งนี้เพื่อป้องกันผิวหนังตาย (skin necrosis) ที่เกิดจากการให้ warfarin ในช่วงแรก แพทย์ควรพิจารณาหยุดยา heparin หรือ LMWH เมื่อปริมาณเกล็ดเลือด < 75,000 ในการเป็น DVT ในครั้งแรกควรให้ยา warfarin	ขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ ฉีดยา Heparin 5,000 unit sc q 8 hr และปรับเปลี่ยนมาฉีด ยา Enoxaparin 0.4 ml sc OD

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
รักษานานติดต่อกัน 3-6 เดือน แต่ถ้ามีการกลับเป็นใหม่ควรให้ยานานต่อเนื่อง 1 ปี 2. มีการใช้vena caval filters ในกรณีผู้ป่วยที่มีข้อห้ามของการใช้ยาต้านเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) หรือผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านเลือดเป็นลิ่ม (anticoagulant) ได้แก่ มีปัญหาเลือดออกหรือ heparin-induced thrombocytopenia หรือมีอาการกลับซ้ำเป็นใหม่อีก 3. นอกจากนี้ยังอาจใช้การผ่าตัดแทนก็ได้โดยการทำให้ thrombectomy แต่วิธีนี้มีโอกาสกลับเป็นใหม่ได้สูงจึงควรใช้ร่วมกับการให้ heparin ด้วยเสมอ เก๊าท์ โรคข้ออักเสบชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยเกิดขึ้นได้ในทุกเพศและทุกวัย ผู้ป่วยโรคนี้มักมีอาการปวดที่เกิดขึ้นเร็ว บวมแดง และแสบร้อนข้อต่อในร่างกาย แต่โดยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นที่ข้อนิ้วหัวแม่เท้า โรคเก๊าท์สามารถกำเริบขึ้นได้ทุกเวลา ซึ่งทำให้ตื่นกลางดึกด้วยความปวดร้าวบริเวณนิ้วหัวแม่เท้าเหมือนถูกไฟลวก ความรุนแรงของอาการโรคเก๊าท์อาจมีสลับหนักเบา อย่างไรก็ตาม มีวิธีจัดการและป้องกันอาการเหล่านี้ได้ อาการที่พบ ข้อที่อักเสบจากโรคเก๊าท์จะร้อนและปวดรุนแรง จนไม่สามารถทนแม้แต่แรงกดจากน้ำหนักของผ้าปูที่นอน อาการเจ็บปวดมักจะรุนแรงในช่วง 4-12 ชั่วโมงแรกส่งผลให้เคลื่อนไหวขยับข้อได้ค่อนข้างจำกัด ผิวหนังบริเวณข้อมีสีแดงและแฉววาวขึ้น เนื้อเยื่อรอบข้อบวมขึ้น อาการปวดข้ออาจเกิดขึ้นตั้งแต่ 2-3 วัน จนถึง 2-3 สัปดาห์และจะค่อย ๆ ทุกเลาตามลำดับ ซึ่งอาการที่กำเริบซ้ำในอนาคตมีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้นและเกิดในข้ออื่นได้	ผู้ป่วยให้ประวัติว่า มีอาการปวดบริเวณเข่าทั้ง 2 ข้าง และปวดตามข้อนิ้วมือ นิ้วเท้า

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ระดับกรดยูริกในร่างกายที่สูงเกินไปเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะมีโอกาสเป็นโรคเกาต์ได้มากขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารพิวรีนสูงรวมทั้ง เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์โดยเฉพาะเบียร์และ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ผู้ชายมีความเสี่ยงเกิดโรค เกาต์มากกว่าสตรี 4-10 เท่า การมีน้ำหนักเกิน มาตรฐานส่งผลให้ร่างกายสร้างกรดยูริกเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นโรคเกาต์ได้เร็วขึ้นในอายุน้อย โอกาส เป็นโรคเกาต์สูงขึ้นในคนเป็นโรคความดันโลหิต สูง เบาหวาน กลุ่มอาการทางเมตาบอลิซึม โรคหัวใจและ โรคไต ผู้ที่มีประวัติคนใน ครอบครัวเป็นโรคเกาต์ สาเหตุของโรคเกาต์ การสะสมตัวของกรดยูริกในกระแสเลือด ส่งผลให้เกิดโรคเกาต์ได้ ร่างกายสร้างกรดยูริก จากการสลายตัวของสารพิวรีนในอาหารและ เครื่องดื่มที่รับประทานและจากแหล่งภายใน ร่างกายเอง อาหารที่มีสารพิวรีนสูงได้แก่ เนื้อ แดง เครื่องใน เช่นตับ และอาหารทะเล เช่น เคย ปลาซาร์ดีน หอยแมลงภู่ หอยเชลล์ ปลาเทราต์ และปลาทูน่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะ เบียร์ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลทราย หรือน้ำตาลฟรุกโตสจะเพิ่มระดับกรดยูริกใน ร่างกายได้ ปกติร่างกายจะขับกรดยูริกออกจาก ไตผ่านทางปัสสาวะ เมื่อร่างกายสร้างกรดยูริก มากเกินไป หรือขับออกจากไตได้น้อยเกินไป ระดับกรดยูริกในเลือดจะสูงขึ้น จนเกิดการตก ผลึกของกรดยูริกภายในข้อต่อได้ ผลึกที่มีรูปร่าง คล้ายเข็มเหล่านี้เป็นสาเหตุของการเป็นโรคเกาต์ อย่างไรก็ตามกรดยูริกที่สูงเกินมาตรฐานอาจไม่ ทำให้เกิดโรคเกาต์เสมอไปขึ้นอยู่กับร่างกายแต่ละบุคคล	ผู้ป่วยอายุ 60 ปี น้ำหนัก 90 กิโลกรัม สูง 145 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 42.80 กิโลกรัม/ ตารางเมตร มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง ภาวะ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เก๊าท์ และภาวะลิ้ม เล็ดดูดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกและรับยามา ตลอด

ตารางที่ 21 เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเกาต์อาจมีปัญหาที่รุนแรงตามมา เช่น เป็นโรคเกาต์ที่กำเริบขึ้นซ้ำ ๆ เป็นต้น ทั้งนี้ ยาอาจป้องกันการเกิดโรคเกาต์ซ้ำ ๆ ได้ แต่หาก ละเลยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้ข้อต่อถูกกัน กร่อนทำลายจนเกิดความเสียหายที่รุนแรงได้ นอกจากนี้ อาจมีการสะสมของผลึกยูเรต ได้ ผิวหนังเป็นก้อนที่เรียกว่า Tophi ซึ่งก้อน Tophi สามารถพบได้ทั้งบริเวณนิ้ว มือ เท้า ข้อศอก และเอ็นร้อยหวายหลังข้อเท้า โดยทั่วไปแล้วก้อน Tophi ไม่มีอาการเจ็บ แต่อาจเกิดอาการบวม และเจ็บขึ้นเมื่อโรคเกาต์กำเริบ การวินิจฉัยโรค หากมีอาการที่รุนแรง แพทย์อาจวินิจฉัยให้ ทำการรักษาโดยใช้เข็มเจาะบริเวณข้อต่อที่มี อาการเพื่อนำของเหลวออกโดยตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจเลือดเพื่อวัดระดับความเข้มข้นของกรดยูริกในเลือด การเอกซเรย์ข้อต่อ เพื่อหาสาเหตุอื่น ๆ ของการอักเสบ การตรวจ ด้วยอัลตราซาวด์จะช่วยตรวจจับผลึกเกลือ ยูเรตในข้อต่อได้ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบบ DECT (Dual energy CT scan) ประกอบ ภาพเอกซเรย์จากมุมต่าง ๆ เข้าด้วยกันเพื่อ วิเคราะห์ผลึกเกลือยูเรตในข้อต่อ การรักษาโรค ยารักษาโรคเกาต์มี 2 ประเภท โดยแต่ละ ประเภทมีเป้าหมายในการรักษาที่แตกต่างกัน ยา ประเภทแรกช่วยลดการอักเสบและความรู้สึกไม่สบายตัวที่มาพร้อมกับโรคเกาต์ ยาประเภทที่ สองช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเกาต์ โดยลดระดับกรดยูริกในเลือดให้สมดุล ทั้งนี้ชนิด ยาที่ควรรับประทานนั้นขึ้นอยู่กับความถี่และ ความรุนแรงของอาการที่เป็น	ผลเลือดก่อนผ่าตัด Uric acid = 6.6mg/dl สูงกว่าปกติ (ค่าปกติ 2.5-6.2 mg/dl) ผู้ป่วยได้รับ คือ Allipurinol (100) 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเย็น

การเยี่ยมผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในความดูแล สรุปภาวะผู้ป่วยขณะรับไว้ดูแล

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 12.00 น.

ผู้ป่วยหญิงไทยวัยสูงอายุ รูปร่าง อ้วนเตี้ย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/85 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักแรกรับ 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร ผู้ป่วยทราบว่าต้องผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy และบอกกับพยาบาลว่าตนมีความกังวลที่จะผ่าตัด ผ่าตัดแล้วจะรอดหรือไม่ มีสีหน้าวิตกกังวล ท่าทางเคร่งเครียด ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส และญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

ปัญหาที่พบ

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และแผนการรักษาของแพทย์

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 20.00 น. ณ หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ได้รับการผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy โดยวิธีดมยาสลบ ใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดทั้งหมด 4 ชั่วโมง สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 50 มิลลิตร หลังผ่าตัด ผู้ป่วยย้ายเข้าสังเกตอาการในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ชั้น 6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ET-Tube with ventilator ไว้ ตรวจวัดสัญญาณชีพหลังกลับจากห้องผ่าตัด อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 164/84 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat 95 % ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง 5 จุด แผลไม่มี Bleeding ซึม On Pneumatic pump ไว้ บริเวณ ขา 2 ข้าง Retain foley 's Cath ไว้ ปัสสาวะ ออก 300 ml สีเหลืองเข้ม ผู้ป่วยดื่มน้ำดอาหารทางปากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 ml rate 140 cc/ hr ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องมาก Pain Score = 7-8 คะแนน ดูแลให้ Acupan 100 mg + NSS 500 ml IV rate 25 ml/hr เป็นระยะเวลา 1 วัน หลัง Acupan หมดให้ Mo 4 Mg IV ทุก 4 hr, Mo 2 mg IV prn ทุก 2 hr

ปัญหาที่พบ

- หลังผ่าตัดผู้ป่วย On ET-Tube with ventilator ไว้
- ความดันโลหิตสูง ให้ยา Nicardipine 1:5 IV drip stat 10 ml /hr tritrate Keep SBP ≤ 140 mmHg tritrate nicardipine 1:5 ทุก 15 นาที ทีละ 3-5 ml/hr keep SBP ≤ 160 mmHg if tritrate ลงหรือถึง 50 ml/hr ให้ notify
- ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง Pain Score = 8 คะแนน On Acupan 100 mg + NSS 500 ml v rate 25 ml/hr
- urine Output ออกน้อย เพิ่ม Acetar 1000 cc IV 200 cc/hr x 5 hr then rate 140 cc/hr

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 20.00 น. ณ หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนพักอยู่บนเตียงตลอด ผู้ป่วยหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย On O2 mask with bag 10 LPM ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 186/98 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 97 % เริ่มให้ผู้ป่วยจิบน้ำได้ ยังคงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไว้ มีติดตามค่าผล lab หลังผ่าตัด พบผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct = 26.7 % Magnesium = 1.5 มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง 5 จุด แผลไม่ซึม PS = 4 คะแนน คาสายสวนปัสสาวะไว้ มีปัสสาวะออกน้อย 400 ml ลักษณะสีของปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม

ปัญหาที่พบ

- ผู้ป่วยมีภาวะซีด
- มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 20.00 น. ณ หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือเองได้บนเตียง ผู้ป่วยยังคงหายใจเหนื่อย ให้ On O2 Cannular 3 LPM ไว้ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 165/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที O2 Sat = 95 % มีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดเล็กน้อย PS = 3 คะแนน มีความดันโลหิตสูง ยังคงให้ยาลดความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษา Chest x-ray พบ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ได้รับ FFP ตามแผนการรักษา มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง 5 จุด แผลไม่ซึม PS = 3 คะแนน คาสายสวนปัสสาวะไว้ มีปัสสาวะออกน้อย 700 ml ลักษณะสีของปัสสาวะมีสีเหลือง ไม่มีตะกอน

ปัญหาที่พบ

- ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง
- ผู้ป่วยมีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion)

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 14.00 น. ณ หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย เริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้น เปลี่ยน O2 Cannular 3 LPM เป็น O2 mask with bag 10 LPM ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิในร่างกาย = 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 103/58 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 95 % เจาะเลือดส่งเพาะเชื้อ ให้ยาฆ่าเชื้อ meropenem 1 gm v q 8 hr ขณะได้รับยาฆ่าเชื้อไม่พบอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฆ่าเชื้อ แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง 5 จุด ไม่ซึม PS = 4 คะแนน เริ่มให้จิบน้ำ คาสายสวนปัสสาวะไว้ มีปัสสาวะออกน้อย 350 ml ลักษณะสีของปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา ให้สารน้ำทางหลอดเลือด

ปัญหาที่พบ

- ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อย มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion)
- มีปริมาณน้ำเข้าและออกในร่างกายไม่สมดุลกัน
- มีภาวะการติดเชื้อในร่างกาย อุณหภูมิในร่างกาย = 38 องศาเซลเซียส

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 14.00 น. ณ หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่ซึม PS = 3 คะแนน แพทย์ให้ดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารไว้ก่อน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ความดันโลหิตยังคงสูง ได้รับยาลดความดันโลหิต ทางหลอดเลือดดำต่อเนื่อง ตรวจวัดสัญญาณชีพ ยังมีไข้ อุณหภูมิในร่างกาย = 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 162/79 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat 95 % ยังคงได้รับยาฆ่าเชื้อ ไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฆ่าเชื้อ คาสายสวนปัสสาวะไว้อยู่ ปัสสาวะยังคงมีสีเหลืองเข้ม บริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน เปลี่ยนตำแหน่งการให้สารน้ำ ดูแลให้ประคบเย็นบริเวณแขนข้างซ้าย

ปัญหาที่พบ

- ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง
- มีภาวะการติดเชื้อในร่างกาย
- มี Phlebitis ที่แขนซ้าย

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 14.00 น. ณ หอผู้ป่วยพิเศษ ประกันสังคม ชั้น 19

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เริ่มลุกช่วยเหลือตนเองได้ แผลผ่าตัดหน้าท้อง แห้งดี ไม่มี bleeding ไม่ซึม อาการปวดแผลลดลง PS = 3 คะแนน ยังคงมีความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เริ่มได้รับยาความดันโลหิตชนิดรับประทาน ตรวจวัดสัญญาณชีพ ยังมีไข้ อุณหภูมิในร่างกาย = 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 179/94 มิลลิเมตรปรอท หายใจ Room air O₂ Sat 95 % ผู้ป่วยมีภาวะหลอดดำอุดตันบริเวณขา 2 ข้าง ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Heparin 5,000 unit q 8 hr ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ให้ NPO เว้นยา ย้ายขึ้นห้องพิเศษได้ off pneumatic compression off foley cath ปัสสาวะออกเอง 500 ml สีเหลืองใสไม่มีตะกอน

ปัญหาที่พบ

- ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง
- มีภาวะการติดเชื้อในร่างกาย
- มีภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่บริเวณขา 2 ข้าง

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 14.00 น. ณ หอผู้ป่วยพิเศษ
ประกันสังคม ชั้น 19

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ แผลผ่าตัดหน้าท้อง แห้งดี ไม่ซึม กระตุ้นให้ผู้ป่วย Ambulate บ่อยๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เริ่มให้รับประทานอาหารเหลวใส ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครึ่งถ้วยๆ และบ่อยครั้ง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืด เปลี่ยนยาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีด จาก Heparin ฉีดเป็นยา Enoxaparin 0.4 ml SC OD ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง off Meropenem เป็น Cef-3 2 gm. IV OD, Metronidazole 500 mg IV q 8 hr ตรวจวัดสัญญาณชีพ ไม่มีไข้ อุณหภูมิในร่างกาย = 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 152/86 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 95 %

ปัญหาที่พบ

- มีภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่บริเวณขา 2 ข้าง

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 22-23 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 14.00 น. ณ หอผู้ป่วยพิเศษ
ประกันสังคม ชั้น 19

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ สามารถทำกิจกรรมเบาได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แผลผ่าตัดหน้าท้อง แห้งดี ไม่ซึม ไม่มีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัด ไม่มีอาการปวดจุกแน่นท้อง รับประทานอาหารเหลวได้มากขึ้น เริ่มปรับตัวได้มากขึ้นในการรับประทานอาหาร เตรียมความพร้อมและการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้

1. รับประทานเฉพาะอาหารเหลว ไม่หวาน ไม่มัน เน้นโปรตีน เช่น โจ๊กหมู/ไก่/ปลา ไข่ขาว ปั่นละเอียดรับประทาน 3-5 คำ/มื้อ, ไข่ตุ๋น (3-4 ฟอง/ถ้วย), ซุปไข่ (น้ำซุปไก่หรือหมู + ไข่ทั้งฟอง คนจนสุก), สามารถกินโยเกิร์ตปราศจากไขมันและน้ำตาล หรือน้ำเต้าหู้ ไม่ใส่น้ำตาลได้ 250 ml
2. รับประทานอาหารเหลว หรือ โจ๊ก (Liquid Pureed diet) นาน 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาให้กินอาหารอ่อนๆ หรือ อาหารปกติ (Soft /Regular diet) เมื่อกลับมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ
3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย 1,000 ml ต่อ วัน
4. ออกกำลังกายเบาๆได้ เลี่ยงการยกของหนักเกิน 10 กิโลกรัม
5. แนะนำผู้ป่วย กรณีมีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้ ปวดท้อง อาเจียน ทานน้ำหรืออาหารไม่ได้เลย หายใจเหนื่อย ไม่สบายตัว ชีพจรเต้นเร็ว หรือน้ำมดเป็นลม ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที
6. เปิดทำแผลเมื่อครบ 1 สัปดาห์ หลังผ่าตัดและปิดแผลด้วยแผ่นปิดแผลแบบกันน้ำไว้ก่อนจนถึงวันนัดติดตามอาการ
7. นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามอาการและดูแผลผ่าตัด

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 เวลา 14.00 น. ณ หอผู้ป่วยพิเศษ
ประกันสังคม ชั้น 19

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านตามหลักทฤษฎี METHOD มีดังนี้

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แผลแห้งดี ไม่ปวดแผล ผู้ป่วยและญาติยังไม่ค่อย
เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับโรคและสามารถดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78
ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/85 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เตรียมจำหน่ายผู้ป่วย
วันนี้

Medication: พยาบาลสอนและอธิบายให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการฉีดยา
Enoxaparin 0.4 ml sc OD # 7 เข็ม และรู้วิธีการสังเกตอาการผิดปกติจากการได้รับยาละลายลิ่ม
เลือดชนิดฉีด และอธิบายวิธีการรับประทานยาชนิดเม็ด ผู้ป่วยรับทราบวิธีการรับประทานยาชนิดเม็ด
ได้ถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วยยา Apresoline (25) 2X3 po. Pc. # 72 เม็ด, Enaril (20) 1X2 po. Pc.
18 เม็ด, Caraten (25) 1X2 po. Pc. # 28 เม็ด

Environment and Economic: ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้
เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น สถานที่นอนพักอาศัย ลักษณะเตียง ที่พักอาศัยควรมี
อากาศถ่ายเทได้สะดวก มีพื้นที่ในการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่

Treatment: แนะนำผู้ป่วยไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง รวมถึงอธิบายวิธีการปรับตัวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับ
สัดส่วนและความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องเล็งเห็นถึงความสำคัญในการ
รับประทานอาหารและการดูแลตนเองหลังกลับไปอยู่ที่บ้านได้

Heath: ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการดูแลตนเองในการรับประทานอาหารและสามารถปรับ
พฤติกรรมในการรับประทานอาหารอย่างมีระเบียบวินัย

Outpatient referral: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตาม
นัดทั้งวัน เวลา สถานที่ รวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลอย่างเนื่อง ไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยสามารถขอ
ความช่วยเหลือได้

Diet: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องดังนี้

- ให้รับประทานเฉพาะอาหารเหลว ไม่หวาน ไม่มัน เน้นโปรตีน เช่น โจ๊กหมู/ไก่/ปลา
ไข่ขาว บัณเฑาะผัด 3-5 คำ/มื้อ, ไข่ตุ๋น (3-4 ฟอง/ถ้วย), ซุปไข่ (น้ำซุปไก่หรือหมู + ไข่ทั้งฟอง คนจน
สุก), สามารถกินโยเกิร์ตปราศจากไขมันและน้ำตาล หรือน้ำเต้าหู้ ไม่ใส่น้ำตาลได้ 250 ml

- ให้รับประทานอาหารเหลว หรือ โจ๊ก (Liquid Pureed diet) นาน 2 สัปดาห์ หลัง
แพทย์จึงพิจารณา ให้กินอาหารอ่อนๆ หรือ อาหารปกติ (Soft /Regular diet) เมื่อกลับมาตรวจตาม
นัดเพื่อมาติดตามอาการ

- ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย 1,000 ml ต่อ วัน

สรุปปัญหาที่พบจากกรณีศึกษา

จากการศึกษาและการประเมินสภาวะผู้ป่วย สรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เรียงลำดับในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้

ระยะที่ 1 (ระยะแรกรับ) ที่หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม ชั้น 19

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia เนื่องจาก เป็นเบาหวาน

ระยะที่ 2 (ระยะวิกฤต) ที่หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มี ประสิทธิภาพจากภาวะช็อค

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. เสี่ยงภาวะการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำและภาวะลิ่มเลือด อุดกั้นในปอดหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypertension เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดัน โลหิตได้หลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy

ระยะที่ 3 (ระยะพักฟื้น) หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม ชั้น 19

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากแบบแผนการ ขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยพร่องความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ระยะที่ 1 (ระยะแรกรับ) ที่หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม ชั้น 19

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยทราบว่าต้องผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy และบอกกับพยาบาลว่าตนมีความกังวลที่จะผ่าตัด ผ่าตัดแล้วจะรอดหรือไม่
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ท่าทางเคร่งเครียด ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส และญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวล

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยท่าที่อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง
2. ดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สีกวิตกกังวล เพื่อเป็นการรับรู้ความต้องการของ ผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริง
4. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ และ ชักถามสิ่งที่ยังสงสัย และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้ครอบครัวเข้าเยี่ยมตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
5. ลดภาวะเครียดและการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยจากเสียงและแสง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบตามความเหมาะสม
6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ
7. ให้ความเคารพในความเป็นบุคคล โดยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว
8. เรียกค่านำหน้าชื่อผู้ป่วยตามความอาวุโส เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคุณค่าในตนเองเป็นการให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะของความเป็นมนุษย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใสบอกว่า “สบายใจขึ้น เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อผ่าตัดมากขึ้น”

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia เนื่องจากเป็นเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน มียาที่รับประทานเป็นประจำ ได้แก่ Metformin 500 mg 1x2 oral pc.
2. ผลระดับน้ำตาลในเลือด 21.00น. DTX 102 mg% วันที่ 14/11/2566

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ 80-110mg%
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้แก่กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยปวดศีรษะและอาการของการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเช่น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย
2. หากผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อเริ่มมีอาการควรรีบตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วและรายงานแพทย์แก้ไขตามลำดับอาการ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเฉพาะโรคเป็นอาหารจัดเบาหวานไขมันต่ำตรงตามเวลาในปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
4. ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาช่วยควบคุมอาการไม่ให้แย่ลง จดบันทึกและตรวจระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอตามแผนการการรักษาของแพทย์
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการเกิดภาวะ hypoglycemia / hyperglycemia
6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและย៉ำให้ผู้ป่วยตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินให้ถูกต้องและการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาโรคเบาหวานตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาลและแพทย์

การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย 6.00 น. DTX 119 mg% วันที่ 15/11/2566
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงทางภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566

ระยะที่ 2 (ระยะวิกฤต หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะช็อค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy ในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 สูญเสียเลือดไปทั้งหมด 50 มิลลิลิตร
2. ผลทางห้องปฏิบัติการ CBC มีภาวะช็อค

ว/ด/ป	เวลา	Hct	Hb
9/11/66	09.00น.	45.9%	14.8 g/dL
16/11/66	08.00น.	34%	-
16/11/66	14.00น.	28.7%	9.8 g/dL
16/11/66	24.00น.	27%	-
17/11/66	06.00น.	29.4%	9.8 g/dL
17/11/66	12.00น.	30%	-
17/11/66	18.00น.	37%	-
18/11/66	06.00น.	27.5%	9.3 g/dL
19/11/66	06.00น.	27.9%	9.4 g/dL
19/11/66	14.00น.	31%	
19/11/66	18.00น.	35%	
19/11/66	24.00น.	32%	
20/11/66	06.00น.	30.5%	10.3 g/dL
20/11/66	06.00น.	32.1%	10.7 g/dL

3. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที O₂Sat 95 %

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อค

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจเร็ว แรง หรือปึกจมูกบาน
2. ผลทางห้องปฏิบัติการ ค่า Hb อยู่ในระดับปกติ ค่าปกติ 12-16 g/dL
3. ผลทางห้องปฏิบัติการ ค่า Hct อยู่ในระดับปกติ ค่าปกติ 37-47%

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพโดยเฉพาะอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจเร็วแรง เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการผิดปกติ
2. ประเมินค่า O₂ Saturation เนื่องจากการวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซีด คือ ดุสีของผิวหนัง ซีด เหลือง ตัวเย็น เยื่อบุตาซีด เพื่อประเมินอาการผิดปกติ
4. ประเมินระบบไหลเวียนเลือดของเส้นโลหิตฝอยที่บริเวณปลายมือปลายเท้า โดยใช้นิ้วกดบริเวณปลายนิ้วมือ/นิ้วเท้าแล้วปล่อยทันที ถ้าระบบไหลเวียนไม่ดี บริเวณปลายนิ้วมือ/นิ้วเท้าที่ถูกกดจะยังคงซีดขาวอยู่เป็นเวลานานกว่า 2 วินาที (capillary refill > 2 วินาที)
5. จัดทำนอนศีรษะสูง เพื่อให้การระบายของเหลวในร่างกายได้ดีขึ้น
6. ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและพักผ่อนให้เพียงพอเพราะจะช่วยลดอาการเหนื่อยและลดการใช้พลังงานในการทำกิจกรรม
7. ดูแลให้เลือด PRC (Packed red blood cells) ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อเพิ่มระดับ Hct ในเลือด
8. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะค่า Hb และ Hct เพราะเป็นค่าที่แสดงถึงความเข้มข้นของเลือดในร่างกาย

การประเมินผล

1. อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจเร็ว แรง หรือปึกจมูกบาน O₂Sat 98 %
2. ผลทางห้องปฏิบัติการ ค่า Hb อยู่ในระดับปกติ ค่าปกติ 10.7 g/dL (20/11/66)
3. ผลทางห้องปฏิบัติการ ค่า Hct อยู่ในระดับปกติ ค่าปกติ 32.7% (22/11/66)

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

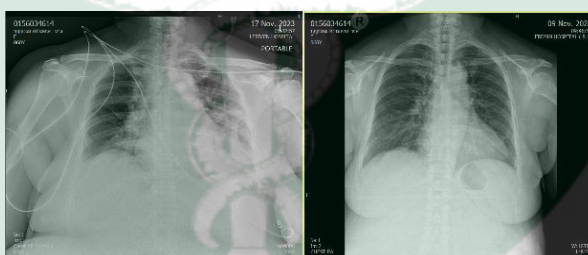
1. ผลทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr eGFR

ว/ด/ป	BUN	Cr	eGFR
9/11/66	20 mg/dL	0.98 mg/dL	63 mL/min/1.73m ²
16/11/66	20 mg/dL	0.94 mg/dL	66 mL/min/1.73m ²
17/11/66	13 mg/dL	0.60 mg/dL	99 mL/min/1.73m ²
19/11/66	18 mg/dL	0.62 mg/dL	98 mL/min/1.73m ²

2. Urine output 800 ml ใน 24 ชั่วโมง วันที่ 15/11/2566

3. Chest x- ray พบว่า Infiltration both lung วันที่ 17 พฤศจิกายน 2567

4. ฟังปอดพบเสียง Crepitation at both lungs



เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย Pitting edema นอนราบไม่ได้ กระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.6-37.4 °C HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat ≥ 95 %
3. ผลทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในระดับปกติ BUN 5-20 mg/dL Cr 0.51-0.95 mg/dL eGFR ไม่ลดลงจากเดิมของผู้ป่วย
4. ฟังเสียงปอดปกติ
5. จำนวนสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกายและจำนวนสารน้ำที่ออกจากร่างกายมีภาวะสมดุลกัน

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงและระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลงไปเช่น หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หายใจเร็ว บวมกดบ่ม ผิวน้ำอุ่น กระสับกระส่าย เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน
2. ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.6-37.4 °C HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat ≥ 95 % โดยเฉพาะ BP ซึ่งถ้ามีภาวะน้ำเกินจะส่งผลให้ BP สูง หัวใจทำงานหนักขึ้น กระตุ้น Sympathetic ให้ HR, RR เร็วขึ้น

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามความต้องการของร่างกายและสังเกตอาการเหนื่อยหอบ หากมีอาการผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาลและแพทย์
4. ฟังเสียงปอด ถ้าได้ยินเสียง Crepitation อาจบ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน
5. ดูแลให้ยา Lasix ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ,ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาต้องปรับอัตราการไหลของสารน้ำให้อย่างถูกต้องตรงตามคำสั่งของแพทย์หรือใช้เครื่อง Infusion pump เพื่อให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอและไม่เกิดภาวะน้ำเกิน
6. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกในร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะความสมดุลของน้ำในร่างกาย ถ้ามีน้ำเข้ามากกว่าน้ำออกอาจส่งผลให้ร่างกายมีภาวะน้ำเกิน
7. ดูแลให้ได้รับ FFP ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแพ้ระหว่างให้ FFP
8. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr eGFR เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของไต
9. กระตุ้นให้ลุก Ambulate และกระตุ้นให้ดูด Try Flow เพื่อบริหารปอด

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย No Pitting edema นอนราบได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.8 °C HR 86 bpm BP 135/69 mmHg RR 22 bpm O₂sat100%
3. ผลทางห้องปฏิบัติการ ของวันที่ 20/11/2566 BUN 16 mg/dL Cr 0.50 mg/dL eGFR 106 mL/min/ 1.73 m²
4. ฟังเสียงปอดปกติ
5. Intake - Output Balance
6. ผู้ป่วยได้รับยา Lasix 20 mg v stat x 2 dose, ได้รับ O₂ Cannular 5-3 LPM keep O₂ Sat≥95 % หลังจากนั้นTry off O₂ keep O₂Sat ≥ 92 % กระตุ้นให้ลุก Ambulate ร่วมกับให้ดูด Try Flow ได้ประมาณ 2-3 ลูก

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2566

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. เสี่ยงภาวะการเกิดลิ่มเลือดหลุดหลุดลือดดำและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เดิมผู้ป่วยเป็นโรค Chronic Venous Insufficiency
2. ผลทางห้องปฏิบัติการ Coag

ว/ด/ป	PT	PTT	INR
9/11/66	11.10 sec	24.20 sec	0.93
16/11/66	12.30 sec	22.30 sec	1.03

3. คลื่นหัวใจไฟฟ้า (EKG 12 Leads) พบ PVC (Premature ventricular contraction) 89 bpm วันที่ 16/11/66
4. ผู้ป่วยมีอาการบวมที่เท้าทั้ง 2 ข้าง
5. ผู้ป่วยผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy วันที่ 15/11/66 On Pneumatic Pressure both leg

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะลิ่มเลือดหลุดหลุดลือดดำและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.6-37.4 C° HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat ≥ 95 %
3. ผลทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระดับปกติ PT = 10.7-13 sec, PTT = 22.5-31 sec, INR = 2.0-3.5
4. ผู้ป่วยไม่อาการปวดบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงหายใจหอบเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก เพื่อประเมินภาวะการเกิดลิ่มเลือดหลุดหลุดลือดดำและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
2. ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.6-37.4 C° HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat ≥ 95 % โดยเฉพาะ O₂sat ถ้ามี O₂sat ต่ำกว่า 95% ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วได้ และอาจถึงอาการแสดงของภาวะการเกิดลิ่มเลือดหลุดหลุดลือดดำและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
3. ประเมินด้วย การตรวจคลื่นหัวใจไฟฟ้า (EKG 12 Leads) เพื่อประเมินภาวะการเกิดลิ่มเลือดหลุดหลุดลือดดำและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามความต้องการของร่างกายและสังเกตอาการเหนื่อยหอบ หากมีอาการผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาลและแพทย์

5. ดูแลให้ได้รับยา Heparin 5000 unit sc q 8 hr. และ Enoxaparin 0.4 ml. sc. OD. และสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ ระยะเวลาเคืองกระเพาะอาหาร เลือดกำเดาออก ป้องกันเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

6. ประเมินอาการปวด บวม บริเวณขาทั้ง 2 ข้าง ถ้าปวดและมีอาการม่วงคล้ำส่วนปลายเท้า แสดงว่ามีลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือดดำ

7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ Coag เพื่อประเมินการแข็งตัวของหลอดเลือด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.7 °C HR 62 bpm BP 118/62 mmHg RR 20 bpm O₂sat 98 %
3. ผลทางห้องปฏิบัติการอยู่ในระดับปกติ PT = 12.30 sec PTT= 22.30 sec INR = 1.03
4. ผู้ป่วยได้รับยา Heparin 5000unit SC q 8 hr. ตั้งแต่วันที่ 20-23/11/2566 และได้รับยา Enoxaparin 0.4 ml. SC. OD. ตั้งแต่วันที่ 23/11/2566 จนถึงผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านไป
5. ผู้ป่วยไม่มีบ่นปวดบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง มีบวมที่เท้า 2 ข้างเท่าเดิม

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypertension เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้หลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง
2. สัญญาณชีพจร HR = 80 bpm BP=163/100 mmHg วันที่ 19/11/66 10.00 น.
3. ผู้ป่วยได้รับยา Nifedipine (1:5) drip ตามแผนการรักษา
4. ผู้ป่วยผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy วันที่ 15/11/66

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypertension และภาวะ Hypotension

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ BT = 36.5 - 37.4 °C HR = 60 - 100 bpm RR = 16-20 bpm BP = 90-140/90-60 mmHg
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypertension เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ปวดกระบอกตา เป็นต้น
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypotension เช่น อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว หน้ามืด มือเท้าเย็น เป็นต้น

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ปวดศีรษะ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เวียนศีรษะ เป็นต้น
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตต่ำ เช่น อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว หน้ามืด มือเท้าเย็น เป็นต้น
3. ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.6-37.4 C° HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat≥95 % โดยเฉพาะค่า BP เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะ Hypertension และภาวะ Hypotension
4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา คือ ยา Nicardipine, Manidipine, Enaril, Apresoline, Caraten เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติให้ผู้ป่วยรีบแจ้งพยาบาลและแพทย์
5. ดูแลจัดท่านอนและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสบายในการนอน หลับพักผ่อนไม่ให้เกิดการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพออาจเกิดภาวะ Hypertension ได้
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อป้องกันขาดสารอาหารของร่างกายอ่อนเพลียนำไปสู่ความดันโลหิตต่ำได้

การประเมินผล

1. ในช่วงของวันที่ 19/11/66 10.00 น. สัญญาณชีพ BT=37.3 C RR= 20 bpm HR = 80 bpm BP=163/69 mmHg O₂Sat 100% ผู้ป่วยได้รับยา Nicardipine drip ตั้งแต่ 15/11/66 - 17/11/66 ตามแผนการรักษา ขณะให้ยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนของผลข้างเคียงยา และหลังจากได้รับยาตามแผนการรักษา ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ HR =94 bpm BP=113/78 mmHg
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypertension เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ปวดกระบอกตา เป็นต้น
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypotension เช่น อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว หน้ามืด มือเท้าเย็น เป็นต้น

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า ปวดแผลผ่าตัด Pain score= 6 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สดชื่น ครุ่นครืด
3. ผู้ป่วยผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy วันที่ 15/11/66 มีแผลหน้าท้อง 5 จุด ปิด Gauze ไว้

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลลดลง Pain score 1-3 คะแนน
2. ผู้ป่วยสุขสบาย และนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดโดยใช้ Numerical rating scale โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้คะแนนตามความเจ็บปวดที่ตนเองรู้สึก (ตั้งแต่ 0 คะแนนคือไม่มีอาการปวดเลยจนถึง 10 คะแนนคือมีอาการปวดมากที่สุด) ซึ่งคะแนนนี้จะถูกแบ่งเป็นระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดได้เป็น 3 ระดับคือปวดในระดับน้อย (Mild pain 1-3 คะแนน) ปวดในระดับกลาง (Moderate pain 4-6 คะแนน) ปวดในระดับรุนแรง (Severe pain 7-10 คะแนน) จากนั้นประเมินหลังให้การพยาบาล
2. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา คือ Morphine 3 mg IV prn. ทุก 4 hr. พร้อมติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีอาการหยุดหายใจขณะหลับ ง่วงซึมอย่างรุนแรง เป็นต้น หากมีอาการให้รีบรายงานแพทย์และพยาบาล
3. จัดทำนอนให้ผู้ปวยนอนยกเท้าสูงกว่าระดับหัวใจเพื่อให้เลือดและน้ำเหลืองไหลเวียนกลับได้สะดวกขึ้น เป็นการลดอาการบวมและความเจ็บปวด
4. ให้คำแนะนำญาติในการเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วย โดยการพูดคุย ฝึกการหายใจ การสวดมนต์ ไหว้พระ ฟังเพลง เพื่อลดช่วยลดอาการปวด
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีเสียง แสง และกลิ่นรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
6. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและเบามือ เพื่อลดอาการปวดของผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลลดลง Pain score = 2 คะแนน
2. ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดี

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566

ระยะที่ 3 (ระยะพักฟื้น) หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม ชั้น 19

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy วันที่ 15/11/66 มีแผลที่หน้าท้อง 5 จุด ปิด Gauze ไว้
2. สัญญาณชีพ BT 38.1 C° HR 86 bpm BP 140/60 mmHg RR 18 bpm O₂sat 95 % วันที่ 18/11/2566 BT 38.4 C° HR 86 bpm BP 149/72 mmHg RR 20 bpm O₂sat 97 % วันที่ 19/11/2566

3.ผลทางห้องปฏิบัติการ CBC

ว/ด/ป	WBC	Neutrophil	Lymphocyte
18/11/2566	14,160 cell/mm ³	74%	14.5%
19/11/2566	14,850 cell/mm ³	77.5%	13.1 %

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.6-37.4 C° HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat ≥ 95 %
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/mm³ Neutrophil 37-80 % Lymphocyte 10-50 %
3. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการอักเสบบวมแดงร้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิและชีพจร เพื่อบ่งบอกการติดเชื้อ
3. ประเมินลักษณะของแผล ว่ามีปวด บวม แดงร้อน หรือไม่ และทำแผลโดยยึดหลัก Sterile เพื่อประเมินและป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา Cefazolin, Meropenem ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผล สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีให้รีบรายงานแพทย์
5. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/mm³ Neutrophil 37-80 % Lymphocyte 10-50 %

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 37 C° HR 82 bpm BP 125/74 mmHg RR 20 bpm O₂sat 98 %
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 14,760 cell/mm³ Neutrophil 74.4% Lymphocyte 7.6 % วันที่ 22/11/2566
3. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการอักเสบ บวม แดง ร้อน

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy วันที่ 15/11/66 งดน้ำงดอาหารทางปาก
2. ผลทางห้องปฏิบัติการ Magnesium 1.5 mg/dL วันที่ 16/11/66

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ร่างกายมีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.6-37.4 C° HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat ≥ 95 %
2. ผลการตรวจอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ Magnesium 1.6-2.3 mg/dL
3. 3. ผู้ป่วยไม่มีอาการ ง่วงซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงชา ตะคริว (โดยเฉพาะที่ขา) เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกระทั่งคงที่ หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) เหนื่อยเหมือนนอนราบ (Orthopnea) อ่อนล้า (Fatigue) บวมกดบูน (Edema) ไอและเสมหะเป็นสีชมพู (Pink frothy sputum)
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลขอมเกลือแร่ในร่างกาย เช่น ง่วงซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงชา ตะคริว (โดยเฉพาะที่ขา) เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา 50% MgSO₄ 8 ml + 5% D/W 100cc iv drip in 4 hr X 2 day ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา และติดตามบริเวณที่ฉีดยาป้องกันการเกิด Phlebitis
5. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ Magnesium = 1.6-2.3 mg/dL

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 37 C° HR 82 bpm BP 125/74 mmHg RR 20 bpm O₂sat 98 %
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Magnesium = 1.6-2.3 mg/dL
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการ ง่วงซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงชา ตะคริว (โดยเฉพาะที่ขา)

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย Retained foley catheter ตั้งแต่วันที่ 15/11/2566 ถึงวันที่ 20/11/2566
2. ผู้ป่วยผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy วันที่ 15/11/66
3. สัญญาณชีพจร วันที่ 18/11/2566 BT 38.1 °C HR 86 bpm BP 140/60 mmHg RR 18 bpm O₂sat 95 %
วันที่ 19/11/2566 BT 38.4 °C HR 86 bpm BP 149/72 mmHg RR 20 bpm O₂sat 97 %

4. ผลทางห้องปฏิบัติการ CBC

ว/ด/ป	WBC	Neutrophil	Lymphocyte
18/11/2566	14,160 cell/mm ³	74%	14.5%
19/11/2566	14,850 cell/mm ³	77.5%	13.1 %

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.6-37.4 °C HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat ≥ 95 %
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/mm³ Neutrophil 37-80% Lymphocyte 10-50%
3. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิและชีพจร เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (BT 36.6-37.4 °C HR 60-100 bpm BP 90-140/90-60 mmHg RR 16-24 bpm O₂sat ≥ 95 %)
2. สังเกตสี ลักษณะ และปริมาณของปัสสาวะที่ออกมาใน Urine bag เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
3. ดูแลทำความสะอาดบริเวณรอบสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยใช้แอลกอฮอล์ NSS Flushing และบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่าย เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค
4. ดูแลถุงปัสสาวะให้อยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับและไม่ทำให้เกิดการติดเชื้อ
5. ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหักพับงอหรือถูกกดทับดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลลงถุงปัสสาวะได้สะดวกเพื่อไม่ให้ปัสสาวะคั่งค้างเกิดการติดเชื้อ

6. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 4,600-10,200 cell/mm³ Neutrophil 37-80% Lymphocyte 10-50%

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 37 °C HR 82 bpm BP 125/74 mmHg RR 20 bpm O₂sat 98 %

2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 14,760 cell/mm³ Neutrophil 74.4% Lymphocyte 7.6% วันที่ 22/11/2566

3. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน เอาสายสวนปัสสาวะออก เมื่อวันที่ 20/11/2566

สรุปการประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยพร้อมความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลแผล อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ครุ่นคิด

3. ผู้ป่วยผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy วันที่ 15/11/66 มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง 5 จุด

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับทราบการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
2. ให้ความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-METHOD มีดังนี้

D = Diagnosis อธิบายเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น จากหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันตรงกันว่า ความอ้วนมีผลเสีย และเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ จำเป็นต้องให้การรักษาต่อเนื่อง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและยังส่งผลให้อายุขัยลดลง โดยพบว่าถ้ามีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 40 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป (BMI > 40 kg/m²) จะทำให้อายุขัยลดลงหรือเสียชีวิตเร็วขึ้น 8-10 ปี เมื่อเทียบกับคนที่มีน้ำหนักปกติ

M = Medicine ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่กลับบ้านได้แก่ Apresoline (25) 2X3 po.

Pc. #72 เม็ด, Enaril (20) 1X2 po. Pc. #18 เม็ด

Caraten (25) 1X2 po. Pc. #28 เม็ด, Enoxaparin 0.4 ml sc OD # 7 เข็ม

E = Environment แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดปลอดโปร่ง ระบายร้อย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

T = Treatment แนะนำให้สังเกตแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy ว่ามีปวดบวมแดง หากมี ให้รีบมาพบแพทย์, เปิดทำแผลเมื่อครบ 1 สัปดาห์ หลังผ่าตัด และปิดแผลด้วยแผ่นปิดแผลแบบ กันน้ำไว้ก่อนจนถึงวันนัดติดตามอาการ นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

H = Health แนะนำให้ออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ ไม่ยกของหนักหรือทำกิจกรรมเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง

O = Out patient แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดวันที่ 7/12/66 หากมีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้ ปวดท้อง อาเจียน ทานน้ำ หรืออาหารไม่ได้เลย หายใจเหนื่อย ไม่สบายตัว ชีพจรเต้นเร็ว หรือหน้ามืดเป็นลม ให้รีบมา โรงพยาบาล ทันทีให้มาก่อนวันแพทย์นัดได้

D = Diet การรับประทานอาหารหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหาร หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์แรก ให้ทานอาหารเหลว (น้ำซุปไก่ หรือหมู น้ำเต้าหู้ ไม้ใส่ น้ำตาลได้ 250 ml) หรือ โจ๊กปั่นเช่น โจ๊กหมู/ไก่/ปลา + ไข่ขาว ปั่นละเอียด 3-5 คำ/มื้อ, ไข่ตุ๋น (3-4 ฟอง/ถ้วย), ซุปไข่ (+ ไข่ทั้ง ฟอง คนจนสุก) โดยเน้นไม่หวาน ไม่มัน เน้นโปรตีนสามารถกินโยเกิร์ตปราศจากไขมันและน้ำตาล หลังจาก 2-4 สัปดาห์หลังผ่าตัดค่อยเริ่มให้ทานอาหารอ่อน หรือ อาหารธรรมดาปกติ น้ำ: ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย 1000 ml ต่อวัน

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูลสงสัย

4. ให้คำแนะนำโดยใช้แผ่นพับเรื่องโรคอ้วนกับการผ่าตัดกระเพาะอาหารเพื่อใช้ในการ

ปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับทราบการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านสามารถตอบคำถามได้

ถูกต้อง

การประเมินผล : ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี ให้ประวัติว่า 2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยเพลียตอนกลางวัน ง่วงนอนระหว่างวัน น้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร BMI 42.80 มีอาการชาบวมทั้ง 2 ข้าง จากนั้นไปพบแพทย์ R/O Obesity with OSA แพทย์ให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี STOP BANG FOR OSA 5/8 คะแนน แพทย์จึงแนะนำให้เข้าร่วมโครงการ การผ่าตัดกระเพาะ (sleeve gastrectomy) และแพทย์นัดผู้ป่วยมาทำผ่าตัดครั้งนี้ โดยผู้ป่วยมีโรคร่วมคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เก้าท์ วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 รับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยพิเศษ ประกันสังคม ชั้น 19 และ วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ได้รับการผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy โดยวิธีดมยาสลบ ใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดทั้งหมด 4 ชั่วโมง สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 50 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยย้ายเข้าสังเกตอาการในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ชั้น 6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On ET-Tube with ventilator ไว้ ตรวจวัดสัญญาณชีพหลังกลับจากห้องผ่าตัด อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 164/84 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat 95 % ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง 5 จุด แผลไม่มี Bleeding ซึม On Pneumatic pump ไว้ บริเวณ ขา 2 ข้าง Retain Foley 's Cath ไว้ ปัสสาวะออก 300 ml สีเหลืองเข้ม ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารทางปากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 ml rate 140 cc/ hr. ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องมาก Pain Score = 7-8 คะแนน ดูแลให้ Acupan 100 mg + NSS 500 ml IV rate 25 ml/hr. เป็นระยะเวลา 1 วัน หลัง Acupan หมดให้ Mo 4 Mg IV ทุก 4 hr., Mo 2 mg IV prn ทุก 2 hr. อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 2 วัน ประเมินอาการปวดลดลง Pain Score = 3 คะแนน มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับยาลดความดันโลหิตสูง เป็น Nicardipine 1:5 IV drip stat 10 ml /hr. titrate Keep SBP≤140 mmHg titrate Nicardipine 1:5 ทุก 15 นาที ที่ละ 3-5 ml/hr. keep SBP ≤160 mmHg if tristateถึง 50 ml/hr. ให้ Notify บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะฉีดเข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ตลอดจนช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ

16 กันยายน 2567 หลัง Try off เครื่องช่วยหายใจ On O₂ mask with bag 10 LPM ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 186/98 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat 97 % นอนพักอยู่บนเตียง เริ่มให้จิบน้ำได้ ยังคงให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำไว้ ติดตามค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 หลังผ่าตัด พบผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct = 26.7% ดูแลให้ได้รับ PRC 2 unit IV drip unit ละ 4 hr. Magnesium = 1.5 ให้ 50 % MgSO₄ 8 ml+ 5% D/W 100cc IV drip in 4 hr. X 2 day

วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยยังคงหายใจเหนื่อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 103/58 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat = 95 % ให้ On O₂ Cannula 3 LPM ไว้ ยังมีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับยาลดความดันโลหิตสูง เป็น Nicardipine 1:5 IV drip stat 10 ml /hr. Titrate Keep SBP ≤ 140 mmHg Titrate Nicardipine 1:5 ทุก 15 นาที ที่ละ 3-5 ml/hr. keep SBP ≤ 160 mmHg if titrate ถึง 50 ml/hr. ให้ Notify มีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดเล็กน้อย Pain Score = 3 คะแนน Chest X-ray พบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ได้รับ FFP ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้น เซลเซียส เปลี่ยน O₂ Cannula 3 LPM เป็น O₂ mask with bag 10 LPM อัตราการหายใจ 24-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 103/58 มิลลิเมตรปรอท O₂ Sat 95% อุณหภูมิในร่างกาย = 38 องศา ส่งเจาะเลือดเพาะเชื้อไป ให้ยาฆ่าเชื้อ Meropenem 1 gm IV q 8 hr. ขณะได้รับยาฆ่าเชื้อไม่มีอาการข้างเคียงจากการได้รับยาฆ่าเชื้อ ผู้ป่วยได้รับการคาสายสวนปัสสาวะไว้ มีปัสสาวะออกน้อย ลักษณะสีของปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม ได้รับยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษา ให้สารน้ำทางหลอดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ มีการฝึกบริหารปอดและการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสอนให้ผู้ป่วยดูด Tri Flow ผู้ป่วยสามารถดูดได้ 2 ลูก ผู้ป่วยยังคงดื่มน้ำอาหาร ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจวัดสัญญาณชีพ มีไข้ อุณหภูมิในร่างกาย = 38 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 162/79 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตยังสูง บริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน เปลี่ยนตำแหน่งการให้สารน้ำ ดูแลให้ประคบเย็นบริเวณแขนข้างซ้าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เริ่มลุกช่วยเหลือตนเองได้ แผลผ่าตัดหน้าท้อง แห้งดี ไม่มี bleeding ซึม อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง pain score = 3 คะแนน ยังคงมีความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ความดันโลหิต = 179/94 มิลลิเมตรปรอท เริ่มได้รับยาความดันโลหิตชนิดรับประทาน ผู้ป่วยมีภาวะหลอดดำอุดตันบริเวณขา 2 ข้าง ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Heparin 5,000 unit q 8 hr.) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง เริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วย Ambulate เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เริ่มให้รับประทานอาหารเหลวใส ร่วมกับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ และบ่อยครั้ง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการปวดจุกแน่นท้อง ท้องอืด เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีด (Enoxaparin 0.4 ml SC OD) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจกรรมต่างๆ ลุกทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่มีอาการปวดจุกแน่นท้อง รับประทานอาหารเหลวได้ เริ่มรับประทานอาหารได้มากขึ้น เตรียมความพร้อมและการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ตามหลักทฤษฎี METHOD รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (14 พฤศจิกายน 2566 ถึง วันที่ 25 พฤศจิกายน 2566) รวมเวลาที่รักษาตัวไว้ในโรงพยาบาล 11 วัน กลับบ้านได้ในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 แพทย์นัดมาติดตามอาการ วันที่ 7 ธันวาคม 2566 พร้อม แลป CBC, FBS, HbA1C, Lipid profile ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเป็นอย่างดีจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของรอย

สรุปปัญหาระหว่างนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

ระยะที่ 1 (ระยะแรกรับ) ที่หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม ชั้น 19

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีโอกาสเกิดภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia เนื่องจากเป็นเบาหวาน

ระยะที่ 2 (ระยะวิกฤต) ที่หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการกำซาบของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะช็อค

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. เสี่ยงภาวะการเกิดลิ่มเลือดหลุดอุดหลอดเลือดดำและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypertension เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้หลังการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy

ระยะที่ 3 (ระยะพักฟื้น) หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคม ชั้น 19

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากแบบแผนการขับถ่ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. ผู้ป่วยพร่องความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

วิจารณ์และข้อข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 60 ปี ให้ประวัติว่า 2 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล เหนื่อยเพลียตอนกลางวัน ง่วงนอนระหว่างวัน น้ำหนัก 90 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร BMI 42.80 มีอาการขาบวมทั้ง 2 ข้าง จากนั้นไปพบแพทย์ R/O Obesity with OSA แพทย์ให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี STOP BANG FOR OSA 5/8 คะแนน แพทย์จึงแนะนำให้เข้าร่วมโครงการ การผ่าตัดกระเพาะ (sleeve gastrectomy) และแพทย์นัดผู้ป่วยมาทำผ่าตัดครั้งนี้ โดยผู้ป่วยมีโรคร่วมคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เก้าอี้ รับไว้ในหอผู้ป่วย วันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 และได้รับการผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 โดยวิธีดมยาสลบ ใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัดทั้งหมด 4 ชั่วโมง สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 50 มิลลิลิตร หลังผ่าตัด Chest x-ray พบ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ,มีภาวะช็อค, ความดันโลหิตสูง, ปัสสาวะออกน้อย ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน รวมระยะเวลานอน 11 วัน และจำนวนค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

จากกรณีศึกษาผู้ป่วย Obesity ผ่าตัด Lap sleeve gastrectomy สิ่งสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะเรื่องการประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด พร้อมทั้งติดตามประเมินผลเป็นระยะ สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแก้ไขไม่ได้นำไปสู่ภาวะ Pleural embolism ซึ่งทำให้เกิดความพิการตามมา ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทุกกรณี เป็นบทบาทหน้าที่โดยตรงของพยาบาล ในการให้ข้อมูล เรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามโรค โดยเน้นเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ โดยผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ในการทำผ่าตัดแต่ละครั้ง

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

กิจจา จิตรภิมย์.(2557). การตรวจทางห้องปฏิบัติการในงานสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

กรมอนามัย. 2552. **ชีวิตสดใสไร้พุง**. [ออนไลน์]สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2559. จาก [www.raipoong.com /media/download/book_good_life.pdf](http://www.raipoong.com/media/download/book_good_life.pdf)

เครือข่ายคนไทยไร้พุง. 2554 **อ้วนและอ้วนลงพุง**. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง จำกัด.

กลุ่มงานวิเคราะห์อาหารและโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **ตารางแสดงคุณค่าทาง โภชนาการของอาหารไทย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก

กองออกกำลังกาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). การออกกำลังกายวัยทำงาน. หน้า 4

คณิดา จันทวาส. **ผลของโปรแกรมการกำกับตนเอง ต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวของ บุคลากร สาธารณสุขหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน**. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.

เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558). **คู่มือแนวทางการดูแลผู้ที่น้ำหนักเกินและอ้วน**

เครือข่ายคนไทยไร้พุง. (2550). **ปฏิบัติการฝ่าวิกฤต พิชิตอ้วน พิชิตพุง**.

ชมรมโภชนาการเด็กแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2557).

แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในเด็ก พ.ศ. 2557. สืบค้น

จาก <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161208151655.pdf>

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์และจุฬารภณ์ สมรูป.(2553).**คู่มือการเฝ้าและจัดการพยาบาล ฉบับปรับปรุงใหม่**.กรุงเทพมหานคร:บริษัท บพิตรการพิมพ์ จำกัด.

ณัฐเศรษฐ มนินนากร และอภิวันท์ มนินนากร. 2550. การออกกำลังกายสำหรับผู้ที่เป็นโรคอ้วน. วารสาร ศูนย์บริการวิชาการ. 15(1-2): 26-31.

ทักษพล ธรรมรังสี. (2554). **อ้วนทำไม ทำไมอ้วน : สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย**.นนทบุรี:สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ปราณี ทุ์ไพเราะ.(2556).**คู่มืออย่าพิมพ์ครั้งที่ 8**.กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ที่ NP Press limited Partnership.

ปัทมาภรณ์ เจริญนนท์ และลัดดาวัลย์ กงพลี. (2561). **ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี**. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี, 87-94

ผศ นพ.ไชยยุทธ ธนไพศาลาสตร์.(2566).ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด.ขอนแก่น: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพ็ญจันทร์ แสงประสาน.(2553).การจัดการทางพยาบาลสู่การเรียนรู้.พิมพ์ครั้งที่4กรุงเทพมหานคร:

พญ.วิภา รัชพิชิตกุล. Pleural Effusion ภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด. Srinagarind Medical Journal [online].1998July-Sep [cited 2013 Jan 14]; 13(3). ที่มาจาก: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/?show_detail=T&art_id=515.

พรศิริ พันธรี.(2556).กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ:การประยุกต์ใช้ทางคลินิก (พิมพ์ครั้งที่12).

พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์. 2554. ความเชื่อด้านสุขภาพและ การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 26(3): 449-462.

มัลลิกา จันทรผื่น. (2557).รายงานการศึกษาปัญหาพิเศษ เรื่องการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคอ้วนของนิสิตสาขาวิชาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน.

อรรจนา เตชะกำพุช,เสรษฐสิริ พันธุ์ธนากุล และ ปวัน จันทรแสนโรจน.(2564).แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนด้วยการผ่าตัดแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2564.วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์,2-9.

Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. (Rev. ed.). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1977.

Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. Assessing delivery of the five ‘As’ for patient-centered counseling. Health Promotion International. 2006; 21: 245-55.

Ghouse, S. M., Barwal, S. B., & Wattamwar, A. S. (2016). A review on obesity. Health Science Journal, 10(4), 1-5.

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ก

แผนการรักษา

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION
14/11/66 12.00 น.	Admit - ให้ Lab เดิม (9 พ.ย.2566) CBC ,BUN ,CR , E'lyte , PT,PTT ,INR , Anti - HIV - G/M PRC 2 Unit , FFP 2 Unite For OR EKG 12 lead Consult Anasth pre -op Medication Reconciliation - Set OR For Lap Sleeve Gastrectomy 15/11/2566 - จอง ICU Sx Post-op - NPO AMN - Acetar 1000 cc/hr IV 100 cc/hr - DTX at 6.00 น. keep 80-200 mg% - เวลา 06.00 น ให้ทาน Manidipinne (20) 1 tab + น้ำตาม 30 ml - เตรียม Cefazolin 2 gm for OR - เตรียมเครื่อง Pneumatic pressure - DTX 20.00 น. keep 80-200 mg % - เตรียม Foley' s cath No 14+ Urinometer ไป OR <u>Premedication</u> - Caraten (12.5) 1 tab oral at 06.00 น. - Cardiprot (20) 1 tab oral at 06.00 น. - วันนี้ให้กินยาเดิมได้ทุกตัว - hold ยา DM เข้าวันผ่าตัด	14/11/66 12.00 น.	- Regular DM diet - Record V/S, I/O

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
14/11/66 12.00 น.	- DTX hs , = เช้าวันผ่าตัด - Keep 80-200 mg %		
15/11/66 18.30 น.	<u>Post op order for Lab Sleeve</u> <u>Gastrectomy</u> - Routine Post op care under GA - Record urine ทุก 4 hr keep Urine out put ≥ 160 ml / 4 hr - Try on Oxygen room air keep O2 sat ≥ 95 % - DTX ทุก 12 hr, keep DTX 100-200 mg % - Observe BP keep SBP 100-140 mmHg DBP 60-100 mmHg - Pain control ตาม Anathesia Acupan 100 mg +NSS 500ml IV rate 25 ml/hr - Acetar 1000 ml IV 140 cc/hr - Nicardipine 1:5 IV drip stat 10 ml /hr tritrate Keep SBP ≤ 140 mmHg - เพิ่ม Acetar 1000 cc IV 200 cc/hr x 5 hr then rate 140 cc/hr - tritrate nicardipine 1:5 ทุก 15 นาที ทีละ 3-5 ml/hr keep SBP ≤ 160 mmHg if tritrate ลง 50 ml/hr pls notify	15/11/66 18.30 น.	- NPO - Record V/S , I/O - On Pneumatic pressure both leg <u>Med</u> - Cefazolin 1 gm IV ทุก 6 hr ครบ 24 hr off

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
16/11/66 07.15 น.	- Off Nicardipine IV - Acetar 1000 m IV 200 mL/hr x 5 hr then 100 mL/hr - หลัง Acupan หมดให้ mo 4 Mg IV ทุก 4 hr, mo 2 mg IV prn ทุก 2 hr - Plasil 10 mg IV prn ทุก 8 hr - จิบน้ำได้ทั้งวัน		
16/11/66 13.52 น.	- Hct ทุก 8 hi - if drop $\geq 3\%$ pls notify -CBC ,BUN ,Creatinine, Electrolyte ,Calcium , Magnesium , Phosphorus, Liver Function Test, PT PTT INR - EKG 12 Lead		
16/11/66 16.00 น.	- load Acetar 1000 ml IV in 1 hr - เพิ่ม rate Acetar 1000 ml IV rate 180 cc/hr - ให้ PRC 1 Unite IV drip in 4 hr - off IV fluid ให้ FFP IV 150 cc/hr (ให้พร้อมกันกับ PRC)		
16/11/66 17.14 น.	- 50 % MgSO4 8 ml+ 5% D/W 100cc IV drip in 4hr X 2 day - พรุ้งนี้ CBC ,BUN ,Creatinine, Electrolyte CXR portable - เบิก triflow		
17/11/66 09.00 น.	- Hct 27 % ให้ PRC 1 U IV drip in 4 hr hold FFP ขณะให้ PRC		

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
17/11/66 09.35 น.	- Nicardipine 1:5 IV 5cc/hr titrate ทุก 15 นาที keep SBP $\leq$ 180 mmHg - FFP หมด Off - Acetar 1000 ml IV rate 80cc/hr - Hct ทุก 6 hr if drop $\geq$ 3% pls notify - morphine 3 mg IV ทุก 4 hr - morphine 1 mg IV prn ทุก 2 hr - keep O2 sat $\geq$ 94 %	17/11/66 09.35 น.	- DTX ทุก 6 hr. - Keep 80-180 mg% - losec 40 mg IV OD
17/11/66 17.00 น.	- On O2 Cannula 3 LPM - จิบน้ำได้	17/11/66 17.00 น.	- Apresoline 2x3 po. Pc. - Manidipine (20) 1x2 po. pc. - Enaril (20) 1X2 po. pc. - Caraten 1x2 po. Pc.
17/11/66 17.40 น.	- CBC เข้าพรั้งนี้ - Lasix 20 mg vein stat - titrate manidipine 1:5 IV 45 cc/hr. ทุก 15 นาที ที่ละ 3-5 ml/hr - off sereal Hct. ครั้งต่อไป	17/11/66 17.45 น.	- Allopurinol (100) 2X1 po. pc. - Simvastatin (20) 1x1 po. hs. - Caltab (1250) 1X1 po. pc. - Vit D2 (20,000) 1X1 po. pc.
18/11/66 02.00 น.	- keep O2 sat $>$ 92 % - Urine ออก 25 cc/hr. - เพิ่ม Acetar 1000 ml IV 160 cc/hr.		Weekly วันเสาร์
18/11/66 07.45 น.	- keep urine 30 cc/hr. - Urine ออก 15 cc/hr. X 5 hr.		
18/11/66 10.35 น.	- Lasix 20 mg vein stat - Acetar 1000 ml IV 80 cc/hr. - จิบน้ำได้ - keep urine output 40 cc/hr. - observe BT if $>$ 38 °C pls Notify	18/11/66 10.35 น.	- Paracetamol (500) 1 tab oral prn. ทุก 4 hr.

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
18/11/66 11.30 น.	- CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte เข้าพรงนี้ - Mo 3 mg IV prn. ทุก 4 hr. - Plasil 10 mg IV prn. ทุก 8 hr. - H/C 2 ขวด	18/11/66 11.30 น.	- Meropenem 2 gm IV stat then 1 gm v q 8 hr.
18/11/66 20.50 น.	- CXR พรงนี้เข้า - On O2 mask c bag 10 LPM keep sat > 93% - Lasix 10 mg IV stat		
19/11/66 01.50 น.	- Acetar 1000 ml IV free flow then IV drip 80 cc/hr. - U/S bedside ดู IVC - NPO - Acetar 200 ml/hr. x 5 hr. - CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte - G/M FFP 5 unit ได้แล้ว เอามาให้แทน Acetar - If FFP หมดให้รายงาน อ.เกรียงศักดิ์		
19/11/66 02.00 น.	- G/M PRC 4 unit - off lab เข้านี้		
19/11/66 09.10 น.	- NPO - off Acetar - B-fluid IV 120 ml/hr. - DTX q 6 keep 100-200 mg % - keep urine $\geq$ 40 ml/hr. - keep sat $\geq$ 92%		
19/11/66 12.45 น.	- Hct q 6 hr. if drop $\geq$ 3% pls Notify - observe abdominal sign - Nicardipine (1:5) IV 15 cc/hr. - Keep BP < 160/90 mmHg		

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
19/11/66 23.58 น.	- Lab CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte พรุ่งนี้เช้า		
20/11/66 07.50 น.	- NPO - B-fluid IV rate 100 cc/hr. - keep O2 sat $\geq$ 92 % - Record urine out put q 1 hr. keep $\geq$ 40 ml/hr. - plasil 10 mg IV prn. q 8 hr. - Mo 3 mg IV prn 8 hr.	20/11/66 07.50 น.	- DTX q 6 HR. Keep 100-200 mg% - ประคบเย็นแขนซ้าย
20/11/66 13.30 น.	- NPO เว้นยา - ย้ายขึ้นห้องพิเศษได้ - off pneumatic compressure - off foley cath - record urine q void Keep > 240 cc/ 8 hr.	20/11/66 13.30 น.	- Manidipine (20) 1tab oral เข้า-เย็น - heparin 5000 unit SC q 8 hr.
20/11/66 18.34 น.	- CBC เข้าพรุ่งนี้	20/11/66 18.34 น.	- off ยา - Apresoline (25) 2X3 po. pc. - Enaril (20) 1X2 po. pc. - Caraten (25) 1X2 po. pc. - Allopurinol (100) 2X1 po. pc. - Simvastatin (20) 1x1 po. hs. - Caltab (1250) 1X1 po. pc. - Vit D2 (20,000) 1X1 po. pc. Weekly วันเสาร์
		20/11/66 22.00 น.	- Observe clinical bleeding - Flumucil 1x3 po. pc. - Paracetamoa (500) po. pc. For pain q 4-6 hr.

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
21/11/66 08.00 น.	- liquid diet	21/11/66 08.00 น.	- Apresoline (25) 2X3 po. pc. - Enaril (20) 1X2 po. pc. - Caraten (25) 1X2 po. pc. - off DTX เดิม - DTX BID
21/11/66 23.20 น.	- B-fluid 1000 ml IV 100 cc/hr.	22/11/66 09.40 น.	- liquid diet
22/11/66 06.30 น.	- B-fluid 1000 ml IV 100 cc/hr. - CBC เข้าพรงี้	22/11/66 18.52 น.	- off Meropenem - Cef-3 2 gm. IV OD - Metronidazole 500 mg IV q 8 hr.
22/11/66 15.50 น.	- B-fluid 1000 ml IV 60 cc/hr.	23/11/66 06.40 น.	- Enoxaparin 0.4 ml. sc. OD.
23/11/66 06.40 น.	- B-fluid 1000 ml IV 60 cc/hr	23/11/66 12.00 น.	- off heparin เดิม - liquid diet
24/11/66	- สอนผู้ป่วยฉีด Enoxaparin - B- fluid หมด off	24/11/66 09.15 น.	- นมทางการแพทย์ 200 ml.
24/11/66 17.50 น.	- off IV - Plan D/C พรงี้	24/11/66 17.50 น.	x 3 feeds - off ATB
25/11/66 09.30 น.	- F/U OPD gen Sx. 7/12/66 + CBC, FBS, HbA1C Lipid profile <u>Med Home med</u> - Enoxaparin 0.4 ml sc OD. # 14 เข็ม - Apresoline (25) 2X3 po. pc. #72 เม็ด - Enaril (20) 1X2 po. pc. #18 เม็ด - Caraten (25) 1X2 po. pc. #28 เม็ด - off Enoxaparin home med เดิม <u>Home med</u> เพิ่ม		
25/11/66 10.00 น.	- Enoxaparin 0.4 ml sc OD # 7 เข็ม		
13.00 น.	D/C ได้ตาม Order เดิม		



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ข

ยาที่ใช้ในการรักษา

1. Cefazolin

ชื่อสามัญ	Cefazolin sodium
กลุ่มยา	Cephalosporin
ข้อบ่งใช้	รักษาการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ผิวหนัง ท่อน้ำดี กระดูกข้อ ติดเชื้อในกระแสเลือดและเยื่อหุ้มหัวใจ ใช้ป้องกันการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด
การออกฤทธิ์	มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ gram positive และ gram negative bacteria ออกฤทธิ์ต้าน Escherichia coli, Klebsiella spp.
ผลข้างเคียง	มีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายถูกรบกวน ปวดศีรษะ วิงเวียน ช่องปาก หรืออวัยวะเพศมีการติดเชื้อรา ไตอักเสบ มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ มีไข้ ลมพิษ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาเพนิซิลิน ก็สามารถแพ้ยาในกลุ่มเซฟาโลสปอรินได้เช่นเดียวกัน
การพยาบาล	1. Cefazolin ถ้าฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะเจ็บปวดมาก และปวดนาน หากจำเป็นต้องฉีด ควรฉีดให้ลึก กล้ามเนื้อใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อที่สะโพก และเปลี่ยนที่ฉีดเสมอ 2. การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ พบว่าการอักเสบบริเวณรอยฉีดยา การให้หยดทางหลอดเลือดดำใน ขนาดสูงเกิน 6 กรัม/วัน นานเกิน 3 วัน มักพบว่าทำให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ฉะนั้นควรสังเกตอาการให้ดี และอาจหลีกเลี่ยงได้ โดยเจือจางยาให้มาก และฉีดหรือหยดช้าๆ 3. ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไต และได้รับยาในขนาดสูง และมีภาวะขาดน้ำ มักพบว่าเกิดพิษต่อไตได้สูงควรตรวจบันทึกจำนวนน้ำ และปัสสาวะให้ดีในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตทุกราย

2. Cardiprot

ชื่อสามัญ	Manidipine
กลุ่มยา	Calcium channel blocker
ข้อบ่งใช้	ทำให้หลอดเลือดขยายตัว จึงเกิดการไหลเวียนของเลือดได้สะดวกและส่งผลลดความดันโลหิตลงได้
การออกฤทธิ์	ยับยั้งการซึมผ่านของประจุ แคลเซียมในเลือด มีให้เข้าผนังกล้ามเนื้อของหลอดเลือดแดง ส่งผลทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว ซึ่งทำให้ความดันโลหิตลดลง
ผลข้างเคียง	เกิดอาการความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเต้นผิดปกติ หน้าแดง เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
การพยาบาล	แนะนำผู้ป่วยไม่ควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะได้

3. Carsten

ชื่อสามัญ	Carvedilol
กลุ่มยา	Beta-Blockers
ข้อบ่งใช้	ช่วยให้หัวใจเต้นช้าลงและลดความดันโลหิต ใช้รักษาอาการความดันโลหิตสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภายหลังการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดทั้งยังอาจใช้รักษาอาการอื่น ๆ
การออกฤทธิ์	ปิดกั้นการทำงานในบริเวณตัวรับ (Receptor) ที่มีชื่อเรียกว่า Beta adrenergic receptors ที่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การหดตัวและการเต้นของหัวใจลดลง
ผลข้างเคียง	ไอแห้ง เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก ปัสสาวะบ่อย มองเห็นไม่ชัดเจน หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม หัวใจเต้นช้าลงหรือไม่สม่ำเสมอ น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หายใจติดขัดหรือลำบาก แม้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย
การพยาบาล	หลีกเลี่ยงการขับรถหรือกิจกรรมที่ต้องใช้ความตื่นตัวตลอดเวลา และไม่ควรเปลี่ยนอิริยาบถจากการนั่งหรือนอนในทันที โดยควรลุกขึ้นยืนช้า ๆ ด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากอาจเกิดอาการมึนหัวจากฤทธิ์ของยาได้

4. Acupan

ชื่อสามัญ	Nefopam
กลุ่มยา	Non-Opioid, Non-NSAIDs Analgesics
ข้อบ่งใช้	ควบคุมการปวดภายหลังการผ่าตัด
การออกฤทธิ์	เพิ่มการทำงานของ descending inhibitory pain pathway โดยยับยั้งการเก็บกลับ (reuptake) ของสารสื่อประสาท norepinephrine และ serotonin ส่งผลยับยั้งการกระตุ้น dorsal horn จึงลดการส่งสัญญาณปวดไป thalamus และ cortex ยับยั้ง voltage sensitive sodium channels (VSSCs) และ voltage sensitive calcium channels (VSCCs) ส่งผลทำให้ลดการหลั่ง glutamate จากปลายประสาท C-fiber ที่ synapse อยู่บริเวณ dorsal horn จึงยับยั้งการส่งสัญญาณความปวด
ผลข้างเคียง	อาจส่งผลให้คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ท้องผูก เวียนศีรษะ ง่วงซึม สับสน มีเหงื่อออกมาก ปากแห้ง ปัสสาวะลำบาก มองเห็นเป็นภาพเบลอ เห็นภาพหลอน มีปัญหาในการนอนหลับ ชาหรือรู้สึกเหมือนมีของแหลมทิ่มแทงตามมือและเท้า ซึ่งหากอาการเหล่านี้รุนแรงยิ่งขึ้นหรือไม่มีท่าทีจะหายไป ผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์ทราบโดยเร็ว
การพยาบาล	ผู้ป่วยที่มีประวัติทางสุขภาพควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนการใช้ยา เช่น โรคลมชัก หรือเคยเกิดอาการชัก ต้อหินมุมปิด โรคหัวใจ ต่อมลูกหมากโต ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะลำบาก โรคไต และโรคตับ

5. Nicardipine

ชื่อสามัญ	Nicardipine
กลุ่มยา	Calcium Channel Blocker
ข้อบ่งใช้	ทำให้ความดันเลือดลดลง และช่วยให้หัวใจไม่สูบฉีดเลือดหนักเกินไป รวมไปถึงช่วยควบคุมอาการเจ็บหน้าอก
การออกฤทธิ์	ตัวยาคะออกฤทธิ์โดยลดประจุไฟฟ้าแคลเซียมที่ถูกนำเข้าไปในกล้ามเนื้อเรียบซึ่งอยู่ที่ผนังเซลล์ของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวและเป็นการเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆได้เป็นอย่างดี เป็นผลให้ความดันโลหิตกลับมาเป็นปกติ ลดอาการเจ็บหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตาม
ผลข้างเคียง	เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก ชีพจรเต้นผิดจังหวะ ค่าการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลงก่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง
การพยาบาล	เฝ้าระวังภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

6. Plasil (Metoclopramide)

ชื่อสามัญ	Metoclopramide hydrochloride
กลุ่มยา	dopamine antagonist หรือ prokinetic drug
ข้อบ่งใช้	ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียน บ่งใช้ ข้อ ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดและหลังผ่าตัด
การออกฤทธิ์	ยาจะไปออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองบางตัว เช่น โดพามีน (Dopamine) ด้วยสารตัวนี้จะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ได้ ช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนมได้มากขึ้นอีกด้วย และสำหรับในหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตรยานี้ยัง
ผลข้างเคียง	ผลข้างเคียง ผลต่อสมอง : มีอาการ ง่วงนอน อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกสับสน นอนไม่หลับ มีอารมณ์ซึมเศร้า ผลต่อระบบฮอร์โมน : อาจทำให้มีอาการน้ำนมไหล หน้าอกโต และประจำเดือนขาด ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด : ความดันโลหิตสูงหรือต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือเร็วผิดจังหวะ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร : อาจกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้และท้องเสียติดตามมา ผลต่อดับ : อาจเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ด้วยเกิดพิษของยานี้ต่ออวัยวะตับ การพยาบาล ผลต่อผิวหนัง:อาจก่อให้เกิดอาการผื่นคัน
การพยาบาล	เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ หายใจลำบาก คอแข็ง ขากรรไกรแข็ง

7. MgSO₄ (Magnesium Sulfate®)

ชื่อสามัญ	Magnesium Sulfate
กลุ่มยา	Magnesium salt
ข้อบ่งใช้	1. Pre – eclampsia, eclampsia 2. Hypomagnesemia 3. TPN 4. Torsade de Pointes
การออกฤทธิ์	Magnesium ออกฤทธิ์โดยลดความตึงของกล้ามเนื้อลายโดยยับยั้งการปล่อย Acetylcholine ซึ่งเป็นตัวสัญญาณประสาทในกล้ามเนื้อ อีกทั้งยังยับยั้งไม่ให้ Calcium ion ผ่านซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวอีกด้วย
ผลข้างเคียง	คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง มึนงง สับสน ง่วงหลับ หายใจช้า กดการทำงานของระบบกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า เกิด heart block ได้
การพยาบาล	1. ควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดใน 5 นาทีแรก โดยสังเกตอาการหน้าแดง เหงื่อออก กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการผิดปกติ ให้แจ้งแพทย์ 2. ตรวจวัดระดับ serum magnesium หลัง loading dose และระหว่างการให้ยา 3. ตรวจวัด BP HR และ RR ทุก 30 นาที x2 ครั้ง แล้ววัดทุก 4 ชม. ถ้าผิดปกติให้แจ้งแพทย์ 4. เก็บและติดตาม Urine output ทุก 4 ชั่วโมง ควรมากกว่า 100 ml/4 hr 5. ตรวจ deep tendon reflex โดยดู knee jerk reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้า negative m bicep jerk reflex ถ้า negative ให้แพทย์พิจารณาหยุดยา 6. ตรวจติดตาม renal function, potassium level, calcium level

8. Manidipine

ชื่อสามัญ	Manidipine หรือ Manidipine hydrochloride
กลุ่มยา	Calcium channel blocker
ข้อบ่งใช้	ใช้รักษาภาวะความดันโลหิตสูง
การออกฤทธิ์	ยับยั้งการเคลื่อนที่ calcium จากภายนอกเซลล์เข้าสู่ภายในเซลล์ผ่านทาง calcium channel จึงลดการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบที่หลอดเลือด เป็นผลให้หลอดเลือดคลายตัว
ผลข้างเคียง	ข้อเท้าบวม ปวดศีรษะ ใจสั่น หน้าแดง (flushing) และอ่อนเพลีย
การพยาบาล	แนะนำให้ผู้ป่วยไม่ควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะได้

9. Furosemide

ชื่อสามัญ	Furosemide
กลุ่มยา	Diuretics
ข้อบ่งใช้	1. รักษาภาวะบวมเนื่องจากโรคหัวใจล้มเหลว โรคตับ หรือโรคไต 2. ใช้ร่วมกับยาลดความดันอื่นๆเพื่อรักษาภาวะความดันโลหิตสูง
การออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียมคลอไรด์ ทำให้น้ำโซเดียมคลอไรด์ ถูกขับออกมาในปัสสาวะเพิ่มขึ้น ผลทางเภสัชวิทยา ยาเพิ่มเลือดมาเลี้ยงไต และทำให้เลือดในส่วนของชั้น medulla ไหลไปยังส่วนของ cortex ซึ่งเป็นส่วนของไตที่มีหน้าที่ในการกรอง การดูดซึมกลับ และการขับออก ของสารเป็นจำนวนมากยาทำให้หลอดเลือดดำขยายตัว ซึ่งจะทำให้แรงดันเลือด เข้าสู่หัวใจลดลง ปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจน้อยลง หัวใจทำงานดีขึ้น
ผลข้างเคียง	ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ เกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ กระหายน้ำบ่อย เกิดภาวะขาดน้ำ ตะคริวที่กล้ามเนื้อ เกิดโรคเกี่ยวกับข้อต่อต่างๆ เช่น โรคเกาต์ เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ระดับคลอเลสเตอรอลสูงขึ้น เกิดผื่นที่ผิวหนัง ท้องเสีย แต่หากผู้ป่วยมีอาการผื่นขึ้นตามตัว เจ็บแน่นหน้าอก หายใจถี่ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด ไตวาย หรือหัวใจเต้นผิดปกติ
การพยาบาล	1. กรณีที่รับประทานยาวันละ 1 ครั้ง ให้รับประทานยาตอนเช้า ไม่ควรรับประทานยานี้ก่อน นอนเนื่องจากยามีผลทำให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น 2. ควรรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกครั้ง 3. การรับประทานยานี้พร้อมอาหารหรือนมจะช่วยลดอาการไม่สบายท้องซึ่งเกิดจากยาได้ 4. ห้ามหยุด ใช้ยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาก่อน 5. หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดโดยไม่จำเป็นและควรใช้ครีมป้องกันแสงแดด เนื่องจากยานี้ทำให้ผิวหนังไวต่อแสงแดดมากขึ้น 6. ควรเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ เนื่องจากอาจเกิดอาการหน้ามืดได้ 7. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระหว่างที่รับประทานยานี้

10. Apresoline

ชื่อสามัญ	Hydralazine
กลุ่มยา	direct-acting arteriolar vasodilator
ข้อบ่งใช้	การขยายหลอดเลือด
การออกฤทธิ์	ทำให้กล้ามเนื้อ เรียบของผนังหลอดเลือดแดงคลายตัว
ผลข้างเคียง	ความดันโลหิต ต่ำ ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้หัวใจเต้น เร็วได้
การพยาบาล	แนะนำผู้ป่วยไม่ควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะได้

11. Enaril

ชื่อสามัญ	Enalapril
กลุ่มยา	Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors
ข้อบ่งใช้	ลดความดันโลหิตสูง
การออกฤทธิ์	จะเข้ายับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ติง หรือเอนไซม์ ACE (Angiotensin Converting Enzyme: ACE) หลังจากที่ได้รับยาถูกทำปฏิกิริยาไฮโดรไลซิส (การมีน้ำเข้าไปสลายพันธะ ทำให้โมเลกุลใหญ่แตกตัวเป็นโมเลกุลเล็ก) กลายเป็นยาอีนาลาพริแลท
ผลข้างเคียง	อาจก่อให้เกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง มีนงง ค่า BUN สูงขึ้น ค่าครีเอตินินในเลือดสูงขึ้น (Creatinine) อ่อนแรง ผลข้างเคียงอื่นไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ภาวะ agranulocytosis พาดต่อบ ไตวายเฉียบพลัน
การพยาบาล	แนะนำผู้ป่วยไม่ควรเปลี่ยนอริยาบถอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะได้

12. Metronidazole

ชื่อสามัญ	Metronidazole
กลุ่มยา	Antibiotics · Antiprotozoal
ข้อบ่งใช้	เพื่อรักษาและป้องกันการติดเชื้อจากโปรโตซัวชนิดอะมีบา , Trichomonas , Giardia, การอักเสบของช่องคลอด รักษาและป้องกัน Anaerobic bacterial infection
การออกฤทธิ์	เมโทรนิดาโซลเปลี่ยนรูปให้อยู่ในรูปภูฏริคชัน แล้วเข้าทำปฏิกิริยากับ DNA ของเชื้อจุลชีพ ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างของ helical DNA และสาย DNA เป็นผลให้เกิดการยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน และเกิดการตายของเซลล์
ผลข้างเคียง	เช่น มีลมพิษขึ้น เกิดอาการคัน รู้สึกเสียวแปลบ ปวดข้อ ไบหน้าหรือลำคอ บวม หายใจลำบาก มีผื่นแดง หรือผิวหนังเกิดตุ่มพอง ซึ่งต้องหยุดยา และรีบไปพบแพทย์ทันที นอกจากนี้ ยาเมโทรนิดาโซลอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ ดังนี้ - คลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหาร และรู้สึกน้ำลายขม - ปวดท้อง ไม่สบายท้อง ท้องผูก หรือท้องเสีย - ปวดหัว เวียนหัว และเดินเซ - มีอาการไอ จาม คัดจมูก หรือน้ำมูก - ปากแห้ง ลิ้นบวม และเจ็บลิ้น - ปัสสาวะมีสีเข้ม
การพยาบาล	สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีให้รีบแจ้งแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

13. Simvastatin

ชื่อสามัญ	Simvastatin
กลุ่มยา	HMG-CoA reductase inhibitor
ข้อบ่งใช้	รักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากไขมันในเลือดสูง และลดความเสี่ยงการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองอุดตัน
การออกฤทธิ์	การยับยั้งเอนไซม์ตัวหนึ่งในร่างกาย ทำให้เอนไซม์ไม่ทำงาน ซึ่งเอนไซม์ดังกล่าวเกี่ยวกับการสร้างคอเลสเตอรอล ทำให้ปริมาณคอเลสเตอรอลลดลง ทั้งยังช่วยขับไขมันชนิดไม่ดี (LDL)
ผลข้างเคียง	อาจทำให้เกิดอาการวิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มวนท้อง แต่จะไม่รุนแรง และอาการจะดีขึ้นหลังใช้ไปประมาณ 1-2 เดือน แต่ควรระวังอาการที่ไม่ใช่ผลข้างเคียงของยานี้ก็คืออาการปวดกล้ามเนื้อ เช่น กดบริเวณกล้ามเนื้อแล้วเจ็บ เดินแล้วปวดน่อง อ่อนเพลีย อ่อนล้า มีปัสสาวะเปลี่ยนสีเป็นสีดำหรือสีน้ำตาล อาจเกิดจากกล้ามเนื้อที่แตกสลายแล้วขับผ่านไตออกมาเป็นสีเข้ม
การพยาบาล	1. สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติให้รีบแจ้งแพทย์ 2. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับLipid Profile

14. Calcium Carbonate

ชื่อสามัญ	Calcium Carbonate
กลุ่มยา	Minerals
ข้อบ่งใช้	บำรุงและเสริมสร้างกระดูก
การออกฤทธิ์	ปฏิกิริยากับกรดในกระเพาะอาหาร จนมีฤทธิ์เป็นกลาง และเกิดเป็นสารประกอบแคลเซียมคลอไรด์ (Calcium chloride) ซึ่งละลายน้ำได้ดี จึงถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด แกลือแคลเซียมคาร์บอเนตเอง ยังก่อให้เกิดการกระตุ้นให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดออกมาได้เช่นเดียวกัน ผู้บริโภคจึงมักได้รับคำแนะนำว่าควรรับประทานยาพร้อมอาหาร หรือ หลังอาหาร
ผลข้างเคียง	คลื่นไส้ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูก รวมทั้งอาจรบกวนการดูดซึมของแร่ธาตุบางชนิด เช่น ธาตุเหล็ก และสังกะสี นอกจากนี้ การรับประทานแคลเซียมอย่างต่อเนื่องในปริมาณมากเกินไปอาจทำให้ปริมาณแคลเซียมในปัสสาวะสูงขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดโรคนิ่วในไตตามมา
การพยาบาล	1. ให้คำแนะนำรับประทานยาพร้อมอาหาร หรือ หลังอาหาร เนื่องจาก แกลือแคลเซียมคาร์บอเนตเอง ก่อให้เกิดการกระตุ้นให้กระเพาะอาหารหลั่งกรดออกมา 2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีให้รีบแจ้งแพทย์

15. Heparin

ชื่อสามัญ	Heparin
กลุ่มยา	Anticoagulant
ข้อบ่งใช้	ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis) ป้องกันภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำหลังการผ่าตัด (Prophylaxis of postoperative venous thromboembolism)
การออกฤทธิ์	ยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวของเลือดที่ชื่อ Prothrombin ไปเป็น Thrombin และกระบวนการเปลี่ยนสาร Fibrinogen ไปเป็น Fibrin
ผลข้างเคียง	มีไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อาจพบลมพิษ หอบหืด ผื่น ร่วงเป็นหย่อมๆ แขนงมูก ตาแดง ภาวะกระดูกพรุน เกิดภาวะเลือดออกตามร่างกาย ในอวัยวะต่างๆ เช่น ไตเป็น เลือด ปัสสาวะเป็นเลือด
การพยาบาล	1. สังเกตอาการเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ 2. aPTT>70, aPTT ratio>2.5, 3. Platelet count < 100,000/ml, Hb ลดลง >2 gm/dl, Hct ลดลง > 3% จาก baseline

16. Meropenem

ชื่อสามัญ	Meropenem
กลุ่มยา	ยาปฏิชีวนะกลุ่มคาร์บาเพนิม
ข้อบ่งใช้	รักษาอาการติดเชื้อ
การออกฤทธิ์	มีฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์ผนังเซลล์ โดยตัวยาคจะเข้าไปในผนังเซลล์ในแบคทีเรียกลุ่มแกรมบวก และแบคทีเรียกลุ่มแกรมลบ เพื่อจับกับ penicillin-binding protein (PBPs) โดยสามารถจับกับ PBPs 2, 3 และ 4 ของ E.coli และ P. aeruginosa
ผลข้างเคียง	ผลข้างเคียงที่พบได้ทั่วไป ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก มีอาการปวด บวม หรือแดงบริเวณที่ฉีดยา มีแผลในปากหรือลำคอ เป็นเหน็บ นอนยากหรือง่วงนอนตลอดเวลา
การพยาบาล	1. สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีให้รีบแจ้งแพทย์ 2. สังเกตมีมีอาการปวด บวม หรือแดงบริเวณที่ฉีดยา หากมีให้รีบแจ้งพยาบาล 3. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการโดยเฉพาะค่าการทำงานของไต BUN CR

17. Vitamin D

ชื่อสามัญ	Vitamin D
กลุ่มยา	Vitamin D Analogs
ข้อบ่งใช้	ช่วยให้ร่างกายดูดซึมแคลเซียมจากอาหาร
การออกฤทธิ์	ตัวยาริตามินดีจะถูกเปลี่ยนโครงสร้างจากตับไปเป็นสารตั้งต้นในการทำงานของวิตามินดีคือ 25-hydroxyvitamin D จากนั้นสารนี้จะถูกส่งผ่านไปที่ไต และถูกเปลี่ยนไปเป็นสารที่สามารถออกฤทธิ์ทำงานได้โดยมีชื่อเรียกว่า 1,25-dihydroxyvitamin D จากนั้นสารนี้จะทำให้ร่างกายดูดซึมเกลือแคลเซียมและฟอสเฟต
ผลข้างเคียง	ก่อให้เกิดอาการปวดศีรษะ ปากแห้ง รู้สึกขมในปาก เบื่ออาหาร ท้องเสียหรือท้องผูก
การพยาบาล	สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีให้รีบแจ้งแพทย์

18. Metronidazole

ชื่อสามัญ	Metronidazole
กลุ่มยา	Antibiotics · Antiprotozoal
ข้อบ่งใช้	เพื่อรักษาและป้องกันการติดเชื้อจากโปรโตซัวชนิดอะมีบา , Trichomonas , Giardia, การอักเสบของช่องคลอด รักษาและป้องกัน Anaerobic bacterial infection
การออกฤทธิ์	เมโทรนิดาโซลเปลี่ยนรูปให้อยู่ในรูปพลาสมิดิกชัน แล้วเข้าทำปฏิกิริยากับ DNA ของเชื้อจุลินทรีย์ ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างของ helical DNA และสาย DNA เป็นผลให้เกิดการยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีน และเกิดการตายของเซลล์
ผลข้างเคียง	เช่น มีลมพิษขึ้น เกิดอาการคัน รู้สึกเสียวแปลบ ปวดข้อ ไบหน้าหรือลำคอบวม หายใจลำบาก มีผื่นแดง หรือผิวหนังเกิดตุ่มพอง ซึ่งต้องหยุดยา และรีบไปพบแพทย์ทันที นอกจากนี้ ยาเมโทรนิดาโซลอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ ดังนี้ - คลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหาร และรู้สึกน้ำลายขม - ปวดท้อง ไม่สบายท้อง ท้องผูก หรือท้องเสีย - ปวดหัว เวียนหัว และเดินเซ - มีอาการไอ จาม คัดจมูก หรือน้ำมูก - ปากแห้ง ลิ้นบวม และเจ็บลิ้น - ปัสสาวะมีสีเข้ม
การพยาบาล	สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีให้รีบแจ้งแพทย์

19. Paracetamol

ชื่อสามัญ	Paracetamol
กลุ่มยา	Analgesics
ข้อบ่งใช้	ควบคุมอาการปวดศีรษะ ลดไข้จากการติดเชื้อ ใช้เป็นยาระงับปวดที่ไม่ค่อยรุนแรง จนถึงปานกลาง
การออกฤทธิ์	ยับยั้งการสร้างสารเคมีบางตัวในสมองของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด เช่น สาร โปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) และยังสามารถชักนำให้เกิดกลไกการลดอุณหภูมิหรือ ลดไข้ของร่างกายลงได้
ผลข้างเคียง	1. หายใจไม่ออก 2. อุจจาระเป็นเลือด หรือมีสีดำ 3. ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะน้อยลงอย่างไม่มีสาเหตุ 4. มีอาการไข้ หนาวสั่น 5. ใบหน้า ดวงตา และปาก เกิดอาการบวม 6. มีจุดแดงเล็ก ๆ ขึ้นตามผิวหนัง 7. มีผื่นคัน 8. มีแผลร้อนใน หรือ จุดขาว ๆ ขึ้นที่ริมฝีปากหรือภายในช่องปาก 9. เลือดออกผิดปกติ 10. เหนื่อยง่ายผิดปกติ 11. ตาเหลือง ตัวเหลือง
การพยาบาล	1. แนะนำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานติดต่อกันเป็นเวลานานและในปริมาณที่มากเกินไปเพราะจะอันตรายต่อดับ 2. สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีให้รีบแจ้งแพทย์

20. Flumucil

ชื่อสามัญ	Acetylcysteine
กลุ่มยา	mucolytic agent
ข้อบ่งใช้	ยาขับเสมหะ หรือยาละลายเสมหะ
การออกฤทธิ์	ทำลาย พันธะdisulfideในโปรตีนของเสมหะ ทำให้เสมหะเหลวขึ้นและขับออกง่าย
ผลข้างเคียง	อาจมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน การรับรสเปลี่ยนไป ง่วงนอนหรือมีไข้ ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายเองเมื่อรับประทานยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง -อาการแน่นหน้าอก หรือ อาการหลอดลมหดตัวอาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบางราย
การพยาบาล	สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีให้รีบแจ้งแพทย์

21. Allopurinol

ชื่อสามัญ	Allopurinol
กลุ่มยา	Antihyperuricemic drugs
ข้อบ่งใช้	ยาที่ช่วยลดการสร้างกรดยูริกในร่างกาย
การออกฤทธิ์	มีผลลดการสร้าง uric acid โดยกลไกคือยับยั้ง xanthine oxidase ซึ่งเป็น enzyme ที่ทำหน้าที่เปลี่ยน hypoxanthine ไปเป็น xanthine และเปลี่ยน xanthine ไปเป็น uric acid ดังนั้นจึงลดความเข้มข้นของ uric acid ในกระแสเลือดและปัสสาวะได้
ผลข้างเคียง	อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียอาหารไม่ย่อยจึงควรรับประทาน ยาหลังอาหารเพื่อป้องกันอาการเกิดอาการมากหรือทนไม่ไหวให้รีบพบแพทย์ และอาจเกิดผื่น ตามผิวหนัง เจ็บปวดเมื่อปัสสาวะ ปัสสาวะมีเลือด ระบายเคืองตา ปากหรือริมฝีปากบวม
การพยาบาล	1. สังเกตอาการข้างเคียงของยา หากมีอาการผิดปกติให้รีบแจ้งแพทย์ 2. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับค่ากรดยูริก

22. Ceftriaxone

ชื่อสามัญ	Ceftriaxone injection
กลุ่มยา	3rd generation Cephalosporin
ข้อบ่งใช้	การรักษาโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง หูชั้นกลางอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียโรคติดเชื้อที่ผิวหนังโรคติดเชื้อที่กระดูกและข้อโรคติดเชื้อในช่องท้องและทางเดินปัสสาวะการอักเสบในอวัยวะในช่องท้องใน โรคติดเชื้อใน กระแสเลือด และโรคติดเชื้อในสมอง
การออกฤทธิ์	เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่มเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) ตัวยามีฤทธิ์เข้าจับกับ penicillin-binding protein (PBPs) ที่จะยับยั้งกระบวนการทรานส์เปปทิเดชันในขั้นตอนสุดท้ายของการสังเคราะห์เปปทิโดไกลแคนของผนังเซลล์ของแบคทีเรียเป็นผลให้ยับยั้งสารชีวสังเคราะห์ของผนังเซลล์แบคทีเรียและหยุดการประกอบโครงสร้างของผนังเซลล์
ผลข้างเคียง	การเกิดผื่นบริเวณผิวหนัง , เกิดอาการท้องเสีย , Eosinophilia , thrombocytosis , leukopenia , เพิ่มระดับ เอนไซม์ Transaminases ที่ตับ และอาจทำให้ค่า BUN สูงขึ้น
การพยาบาล	การบริหารยาทาง I.V. ต้องหยดยาแบบ intermittent infusion นานกว่า 30 นาที
-	ห้ามผสม aminoglycosides ในขวดหรือถุงเดียวกัน

22. Morphine Inj

ชื่อสามัญ	Morphine
กลุ่มยา	Opioid agonists
ข้อบ่งใช้	เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง
การออกฤทธิ์	ยับยั้งสัญญาณความเจ็บปวดที่เข้าสู่สมองด้วยการไปจับกับโปรตีนในระบบประสาท" โอปิออยด์รีเซพเตอร์ (Opiod receptors)
ผลข้างเคียง	กดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ ท้องผูก คลื่นไส้และอาเจียน ง่วงนอน เวียนศีรษะ และมึนหัว เหงื่อออก
การพยาบาล	1. ประเมินความปวด (Pain score) และระดับความง่วงซึม (Sedation score) ก่อนการให้ยาทาง หลอดเลือดดำทุกครั้ง เพื่อประเมินความเหมาะสมของขนาดยา และประเมินผลซ้ำหลังการให้ยา 15-30 นาที 2. ติดตามประเมินลักษณะ และอัตราการหายใจกรณีช้าลง หรือมีลักษณะการหายใจไม่สม่ำเสมอ ให้ ปรีกษาแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา โดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับยาอื่น เช่น ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยา คลายกังวล ถ้าผู้ป่วยหายใจต่ำกว่านาที่ละ 10 ครั้ง อาจกดการหายใจได้ 3. ติดตามผล O2 saturation ผู้ที่มีภาวะกดการหายใจจากมอร์ฟีนมักมีแนวโน้มของ O2 saturation ต่ำลง โดยเฉพาะค่าที่น้อยกว่า 95% (ใช้ได้เฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับออกซิเจน) 4. ควรเตรียมยาแก้ฤทธิ์ของมอร์ฟีน คือ naloxone ไว้ทุกครั้ง 5. ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง ไม่กลั้นปัสสาวะขณะได้รับยา พยาบาลควรบันทึก intake และ output อย่างถูกต้อง เพื่อประเมินภาวะ urinary retention 6. ฟัง bowel sound ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ และส่งเสริมให้มีการออกกกำลังกาย เพื่อกระตุ้น การทำงานของลำไส้

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

23. Enoxaparin

ชื่อสามัญ	Enoxaparin sodium
กลุ่มยา	Anticogulant , low molecular weigh heparin
ข้อบ่งใช้	ป้องกันการเกิดโรคลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดดำและป้องกันการเกิดลิ่มเลือด นอกร่างกาย
การออกฤทธิ์	ต่อต้านการจับตัวและยับยั้งการรวมตัวของเกล็ดเลือด (Antithrombotic) จึงไม่ทำ ให้เกิดการแข็งตัวของเลือด/ลิ่มเลือด
ผลข้างเคียง	

1. ผลต่อระบบโลหิตวิทยา: เช่น อาจมีภาวะโลหิตจาง มีภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อ
ต่างๆของร่างกาย มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำ รวมถึงมีภาวะตกเลือด
2. ผลต่ออวัยวะตับ: เช่น เกิดมะเร็งตับ
3. ผลต่อผิวหนัง: เช่น มีผื่นคัน หลอดเลือดบริเวณผิวหนังอักเสบ มีภาวะหัวล้าน
4. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ: เช่น มีภาวะปอดบวม และหายใจลำบาก
5. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: เช่น มีอาการคลื่นไส้ และท้องเสีย
6. ผลต่อระบบการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย: เช่น มีภาวะไขมันในเลือดสูง
เกลื้อโพแทสเซียมในเลือดสูง
7. ผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ: เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด
8. ผลต่อระบบประสาท: เช่น รู้สึกสับสน และปวดหัว

การพยาบาล การบริหารการฉีดยา Enoxaparin

1. ล้างมือให้สะอาด
2. วางถุงน้ำแข็งบริเวณหน้าท้องประมาณ 5 นาที เนื่องจากความเย็นจะช่วยลด
ความเจ็บปวดขณะ ฉีดยาและลดการเกิดรอยจ้ำ ำเลือดภายหลังการฉีดยา
3. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าที่สบายชันเข่าทั้ง 2 ข้างหรือข้างใดข้างหนึ่งเพื่อให้
ผิวหนังหน้าท้อง หย่อน
4. ดึงพลาสติกออกตรวจสอบชื่อยา ปริมาณ และวันหมดอายุ
5. เลือกบริเวณที่จะฉีดยา และควรเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ โดยเปลี่ยนบริเวณรอบสะดือ
รอยช้ำ รอยแดง และก้อนแข็ง
6. เช็ดผิวหนังบริเวณที่จะฉีดด้วยแอลกอฮอล์ 70%
7. ถอดฝาออกจากเข็มฉีดยา เข็มจะอยู่ในสภาวะที่พร้อมใช้งาน
8. เริ่มฉีดยาเข็มแรกบริเวณหน้าท้องทางด้านขวาหรือซ้ายของผู้ป่วยห่างจากสะดือ 2
นิ้ว และเปลี่ยน สลับด้านที่ฉีดยาทุกครั้ง
9. แทะเข็มในแนว (ตั้งฉาก) 90 องศากับผิวหนัง ถ้าผอมมากแนะนำ ให้ทำมุม 45
องศา ฉีดยา และฉีดยาจนหมดหลอดบรรจุยา
10. เมื่อฉีดยาหมด กดลงเต็มที่ระบบนิรภัยจะถูกทำงานอย่างอัตโนมัติเพื่อป้องกัน
อันตรายจากการ ใช้เข็มดึงเข็มฉีดยาออกในแนวตรง ขณะเดียวกันยังไม่ปล่อยมือข้าง
ที่จับดึงผิวหนังไว้ใช้ส าลีแห้งปิด รอยที่ฉีดยาโดยกดเบา ๆ ให้ผิวหนังยุบลงประมาณ

- 
- The logo of the Ministry of Public Health is a circular emblem. It features a central caduceus (a staff with two snakes entwined and wings at the top) set against a green background. The words "MINISTRY OF PUBLIC HEALTH" are written in a circular path around the central emblem. Thai text is also present around the top inner edge of the circle.
- 1 เซนติเมตร กดเพื่อห้ามเลือดประมาณ 30 วินาที (ห้ามนิ้วหรือ คลึงผิวหนัง)
จากนั้นนำถุงน้ำแข็งมาวางที่ผิวหนังหน้าท้องอีกครั้งประมาณ 5 นาที
11. ใช้สำลีกดไว้และปิดพลาสติกที่บริเวณต้องปรับยาฉีดตามค าสั่งแพทย์จะต้อง
ดันยาทิ้งก่อนท ากการฉีด
12. ก่อนและหลังฉีดยาทุกครั้งให้สังเกตและประเมินรอยจุด (Spot) จ้ำเลือด
(Bruise) หรือก้อน เลือด (Hematoma) ด้วยการวัดขนาดและลงบันทึกในตาราง
การฉีดยากลุ่ม LMWH และบันทึกในแบบ บันทึกทางการพยาบาล

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ค

โรคอ้วน

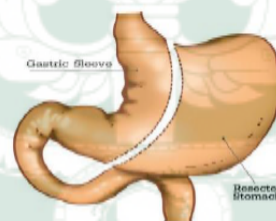
ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนพบว่าเป็นเพศชาย และเพศหญิง อายุเฉลี่ย ๓๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก/ม² (WHO, 2566) และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หृตหายใจขณะนอนหลับ และติดต่อกับภาวะอื่น ๆ ส่งผลให้เพิ่มอุบัติการณ์การเจ็บป่วย และอัตราการตายก่อนวัยอันควร ดังนั้นปัจจุบันการรักษาการผ่าตัดกระเพาะอาหาร ในผู้ป่วยโรคอ้วน เพื่อให้น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

1. ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกาย BMI 35 - 40 kg/m² และมีโรคเรื้อรังที่สำคัญอย่างน้อย 1 อย่าง
2. ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ให้การรักษาด้วยยาทั้งยารับประทานและยาฉีดอินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
3. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีคุมอาหาร ออกกำลังกาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันดำเนินชีวิต อย่างน้อย 3 - 6 เดือนแล้วยังไม่ได้ผล
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตน และให้ความร่วมมือในการรักษาได้

การผ่าตัดกระเพาะอาหาร

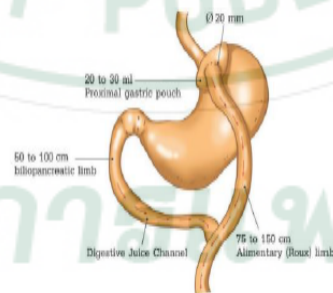
1. การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร



อ้างอิงรูปภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผ่าตัดกระเพาะส่วนใหญ่ให้เหลือกระเพาะประมาณ 20% หรือเหลือความจุประมาณ 100 - 200 มิลลิลิตร โดยเหลือไว้เป็นลักษณะคล้ายท่อแป็บ หรือรูปกล้วย

2. การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหารร่วมกับการลดทางเดินอาหาร

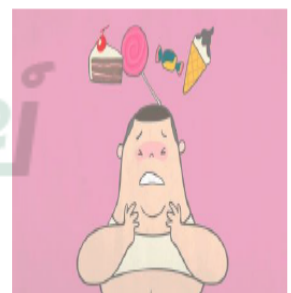


อ้างอิงรูปภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การผ่าตัดกระเพาะอาหารส่วนต้นให้เหลือเป็นกระเพาะขนาดเท่าลูกปิงปอง หลังจากนั้นก็ตัดเอาลำไส้เล็กส่วนกลางมาต่อกระเพาะอาหารที่ตัดไว้ และนำปลายลำไส้เล็กส่วนต้นมาต่อเข้ากับลำไส้เล็กส่วนกลาง อาหารจะผ่านลงมาสู่กระเพาะกระเพาะอาหารซึ่งมีขนาดเล็ก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอิ่มเร็วขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดกระเพาะอาหาร

1. เลือดคั่งใต้ผิวหนัง
2. น้ำเหลืองคั่งใต้ผิวหนัง
3. ปัญหาเรื่องแผลเช่น แผลผ่าตัดแยก แผลติดเชื้อ รอยแผลเป็นหลังผ่าตัด
4. ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ หรืออุดตันปอด
5. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน การใช้ยาละลายลิ่มเลือด และผู้ป่วยที่ดัชนีมวลกายก่อนผ่าตัดสูง



ภาคผนวก ค

การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหาร

1. สังเกตแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง ว่ามีปวดบวมแดง ร้อน หากมี ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนนัดได้และห้ามแผลโดนน้ำ
2. .เปิดแผลเมื่อครบ 1 สัปดาห์ หลังผ่าตัด และปิดแผลด้วยแผ่นปิดแผลแบบกันน้ำไว้เพื่อติดตามอาการประมาณ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด
3. แนะนำการออกกำลังกายเช่น เดินเร็ว ชิคเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ ไม่ควรยกของหนักหรือทำกิจกรรมเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง
4. หากมีอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้ ปวดท้อง อาเจียน ตื่นน้ำ หรือรับประทานอาหารไม่ได้เลย หายใจเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว หรือหน้ามืดเป็นลม ให้รีบมาโรงพยาบาลก่อนวันแพทย์นัดได้
5. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อย 1000 ml ต่อวัน

การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหาร

6. การรับประทานอาหารหลังการผ่าตัดกระเพาะอาหาร หลังผ่าตัด2สัปดาห์แรก ให้ทานอาหารเหลว (น้ำซุปไก่ หรือหมู น้ำเต้าหู้ ไม่ใส่น้ำตาลได้ 250 ml) หรือ โจ๊กปั่น เช่น โจ๊กหมู/ไก่/ปลา + ไข่ขาว บั่นละเอียด 3-5 คำ/มื้อ, ไข่ตุ๋น (3-4 ฟอง/ถ้วย), ซุปไข่ (+ ไข่ทั้ง ฟอง คนจนสุก) โดยเน้นไม่หวาน ไม่มัน เน้นโปรตีนสามารถกินโยเกิร์ตปราศจากไขมันและน้ำตาล หลังจาก2-4สัปดาห์หลังผ่าตัดค่อยเริ่มให้ทานอาหารอ่อน หรือ อาหารธรรมดาปกติ

โรคอ้วนกับ

การผ่าตัดกระเพาะอาหาร



จัดทำโดย

นางสาว สุวรรณ เผยแผ่

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หอผู้ป่วยพิเศษประกันสังคมชั้น19

โรงพยาบาลเลิดสิน โทร 023539904



ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน